Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel 1999-2000

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1500-D, boul. Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal — 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-19356-7
ISSN 0832-6258

© Gouvernement du Québec

Tous droits réservés pour tous pays.
Reproduction par quelque procédé que ce soit
et traduction, mêmes partielles, interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Québec, juin 2000

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel d'activité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 2000.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

La ministre de la Santé et des Services sociaux,

Pauline Marois

100-06419/

Québec, juin 2000

Madame Pauline Marois
Ministre de la Santé et des
Services sociaux
Hôtel du Gouvernement
Québec

Madame la Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel d'activité de notre Ministère pour l'année financière 1999-2000.

Ce rapport décrit les divers secteurs d'activité du Ministère ainsi que les différentes réalisations de chacun de ces secteurs.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

Pierre Roy

Table des matières

Introduction 11

Message de la ministre 13

Première partie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux 15

1. L'organisation du système de santé et de services sociaux 15
2. La prestation des services de santé et des services sociaux 17
2.1. Les établissements 17
2.2. Les organismes communautaires 17
2.3. Les autres partenaires 17
3. Les ressources financières 19
4. Les principales réalisations en 1999-2000 21

Seconde partie
Le bilan administratif 23

1. Le Bureau du sous-ministre 23
1.1. Le Secrétariat général du Ministère 23
1.2. La Direction des affaires juridiques 23
1.3. Les communications 23
1.3.1 La gestion documentaire 24
1.4. Accès à l'information et protection des renseignements personnels 24
1.5. Le Secrétariat à l'adoption internationale 25
1.6. Les mesures d'urgence 25
1.7. La vérification interne 27
2. La santé publique 27
2.1. Élaboration d'une loi sur la santé publique 27
2.2. Évaluation et suivi des priorités nationales de santé publique 27
2.3. Élaboration du programme de santé publique 27
2.4. Suivi des ententes de gestion 27
2.5. Promotion de la santé sur la scène fédérale et internationale 28
2.6. La promotion de la santé et du bien-être 28
2.6.1. La réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté 28
2.6.2. La santé des jeunes en milieu scolaire 28
2.6.3. La santé des communautés et le développement social 28
2.6.4. La santé des aînés 29
2.6.5. La santé des femmes... et des hommes 29
2.6.6. Des objectifs qui se précisent 29
2.6.7. La promotion des saines habitudes de vie et dépistage 29
2.6.7.1. L'alimentation des enfants 29
2.6.7.2. L'alimentation des personnes âgées en perte d'autonomie 29
2.6.7.3. La prévention des traumatismes non intentionnels 29
2.6.7.4. La santé buccodentaire 29
2.6.7.5. Le dépistage du cancer du sein 30
2.6.8. Le fichier des tumeurs du Québec 30
2.6.9. Le Service de lutte au tabagisme 30
2.6.10. Des actions internationales 30
2.7. La protection de la santé publique 31
2.7.1. Santé du travail 31
2.7.2. Santé environnementale 31
2.8. Le Centre québécois de coordination sur le sida 32
2.8.1. Prévention 32
2.8.2. Soins et services 33
2.8.3. Activités de soutien 33
2.8.4. Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) 34
2.9. Le système de gestion du sang au Québec 35
3. Le budget, les investissements et les technologies de l'information 37
3.1. Les orientations et stratégies de financement 37
3.2. Le suivi budgétaire et financier du réseau 37
3.3. Les normes et les pratiques de gestion 38
3.4. Le budget 39
3.5. La planification budgétaire 39
3.5.1. Les opérations budgétaires du réseau 40
3.6. Les technologies de l'information 40
3.6.1. Le réseau de télécommunication sociosanitaire 40
3.6.2. Bilan de la planification stratégique 1998-2001 des ressources informationnelles du secteur sociosanitaire québécois 41
3.7. Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire 41
3.8. Les ressources informationnelles du Ministère 41
3.9. Les investissements immobiliers et le partenariat économique 42
3.9.1. Les immobilisations et équipements 42
3.9.2. L'approvisionnement et les activités de soutien 42

3.9.3. Le financement des immobilisations du réseau 43
3.9.4. Les transactions immobilières 43
3.9.5. Le partenariat économique 43
4. La planification stratégique et de l'évaluation 45
4.1. La planification stratégique 45
4.2. Les politiques et orientations stratégiques 46
4.3. L'unité de coordination des affaires pharmaceutiques 46
4.4. La révision du régime général d'assurance-médicaments 46
4.5. Mise en place d'indicateurs et pilotage d'orientation de systèmes d'information 46
4.6. Les études évaluatives et la recherche 47
4.6.1. Évaluation 47
4.6.2. Études et analyses 48
4.6.3. Recherche 48
4.6.4. Partenaires 48
4.6.5. Programmes conjoints 49
4.6.6. Infrastructures 49
4.6.7. Frais indirects 49
4.7. Comités interministériels et extraministériels 49
4.7.1. Système d'information 49
4.7.2. Éthique de la recherche 52
4.8. Développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social (établissements autres que les centres hospitaliers) 52
4.9. Développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur hospitalier 52
4.10. Réseau des établissements désignés et autres 53
4.11. Vérificateur général 53
5. Les politiques de main-d'œuvre 55
5.1 Le personnel salarié du réseau 55
5.1.1 Une année de négociation 55
5.1.2. La sécurité et la stabilité d'emploi 55
5.1.3. Le dossier des infirmières et des infirmiers 55
5.2. Le personnel d'encadrement du réseau 56
5.2.1. Modifications aux conditions de travail 56
5.2.2. La classification 56
5.3. Le personnel professionnel de la santé 56
5.4. La main-d'œuvre non médicale 57
5.5. Le Programme Santé et Sécurité du travail dans le Réseau 58
5.5.1. Représentation 58
5.5.2. Indicateurs de gestion 58
5.5.3. Disponibilité de services spécialisés 58
5.5.3.1. Mise en commun régionale 58
5.5.3.2. Services-conseils en assurance salaire 59
5.6. Les orientations en ressources humaines 59
6. Les services à la population 61
6.1. Le soutien au réseau 61
6.2 La santé physique 62
6.2.1. La pratique des sages-femmes 62
6.2.2. Virage ambulatoire en périnatalité 62
6.2.3. Médicaments et fournitures offerts aux patientes et aux patients ambulants 62
6.2.4. Réseau intégré de soins palliatifs 62
6.3. Les services préhospitaliers d'urgence 62
6.4. La déficience intellectuelle et physique 63
6.4.1. Les programmes d'aide technique 63
6.4.2. La déficience intellectuelle 63
6.4.3. L'intégration sociale des personnes handicapées 63
6.5. Les ressources d'hébergement substituts (familles d'accueil et ressources intermédiaires) 63
6.6. Les organismes communautaires 64
6.7. L'économie sociale 64
6.7.1. Les entreprises d'économie sociale en aide domestique 64
6.7.2. Les centres de ressources périnatales 64
6.8. Les services à la jeunesse et à la famille 65
6.8.1. Le suivi des listes d'attente en protection de la jeunesse 65
6.8.2. Le jeu pathologique 65
6.8.3. Le Sommet du Québec et de la jeunesse 65
6.8.4. Réduction de la violence à l'endroit des personnes 65
6.8.5. Le dossier du « Ritalin » 66
6.9. La santé mentale 66
6.9.1. Plan de transformation des services de santé mentale 66
6.10. Alcoolisme, toxicomanie et suicide 66
6.10.1. Dossiers avec les communautés cries et les inuits 67
7. L'adaptation à l'an 2000 69
7.1. Instruments de communication 70
7.2. Centre de vigie nationale 70
8. Les affaires médicales et universitaires 71
8.1. Le Conseil québécois de lutte contre le cancer 71
8.1.1. Les avis 71
8.1.2. Les dossiers prioritaires 71
8.1.3. L'échange et la diffusion de l'information et des connaissances 71
8.2. Le réseau universitaire 71
8.3. Les services d'urgence 72

8.3.1. Le Forum sur la situation dans les urgences 72
8.3.2. Le Groupe de soutien aux urgences 72
8.4. L'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés 72
8.4.1. La radio-oncologie 72
8.4.1.1. Le programme de transfert des patients vers des centres américains 73
8.4.1.2. Le plan d'action nationale 2000-2008 73
8.4.1.3. La planification de la main-d'œuvre 73
8.4.1.4. La planification des équipements et des immobilisations 73
8.4.2. La cardiologie tertiaire 73
8.4.3. Le système informatisé de gestion de l'accès (SIGAS) 74
8.5. L'effectif médical et l'accès aux services médicaux 74
8.5.1. L'effectif médical 74
8.5.1.1. Plans régionaux 74
8.5.1.2. Inscription dans les programmes de formation en médecine 74
8.5.1.3. Planification de la main-d'œuvre médicale en radio-oncologie 74
8.5.2. L'accès aux services médicaux 75
8.6. Le soutien à l'organisation des services 75
8.6.1. Le Programme québécois de lutte contre le cancer 75
8.6.2. Les services de laboratoire 75
8.6.3. La traumatologie 76
8.6.3.1. Performance globale du système 76
8.6.3.2. Registre des traumatismes 76
8.6.3.3. Mise en place de continuums de services spécifiques à certaines clientèles 76
8.6.3.4. Recherche en traumatologie 76
8.6.4. Les dons d'organe 77
8.7. La technologie biomédicale 77
8.8. La télémédecine 77
9. Les affaires ministérielles et extraministérielles 79
9.1 Le Secrétariat administratif 79
9.2. La condition féminine 79
9.3. La coopération internationale 80
9.4. Les services au personnel 81
9.5. Les ressources matérielles 81
9.6. La gestion des ententes fédérales-provinciales 82
9.7. Les services aux communautés culturelles et l'accès aux services en langue anglaise 82
9.8. La politique linguistique du Ministère 82
9.9. Les relations intergouvernementales 83
9.10. Les relations avec les autochtones 83

Annexe I
Les organismes rattachés à la ministre de la Santé et des Services sociaux et la commissaire aux plaintes 85

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) 85
L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) 85
Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) 85
La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) 86
Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) 86
Le Conseil médical du Québec (CmQ) 86
Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) 87
La Commissaire aux plaintes (CP) 87
Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) 88
L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 89
Le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) 89

Annexe II
Les lois et règlements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux 90

Annexe III
La gestion ministérielle des ressources humaines 94

Annexe IV
Secrétariat au loisir et au sport 96

Annexe V
Évolution du nombre et des montants des subventions de recherche 97

Introduction

Le présent rapport, subdivisé en deux grandes parties, présente les principales activités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1999-2000.

La première partie donne une information générale du Ministère sur l'organisation du système de santé et de services sociaux, la prestation des services de santé et de services sociaux ainsi que sur les ressources financières.

La seconde partie, intitulée « Le bilan administratif », renferme une description des activités de chacune des unités administratives du Ministère.

Enfin, les annexes présentent les mandats et les activités des organismes rattachés au Ministère, les lois et les règlements qui relèvent de son autorité, de même que les données statistiques sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

Cette année, comme par les années passées, le rapport annuel du Ministère commence par un message de la ministre pour souligner de façon particulière les activités relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux.

Message de la ministre

L'année qui vient de s'écouler nous a permis de poursuivre avec succès notre démarche de stabilisation, de consolidation et d'amélioration du réseau de services de santé et de services sociaux, et ce, à la grandeur du territoire du Québec. Nous avons été en mesure d'identifier, avec l'ensemble de ceux et celles qui œuvrent dans le réseau, les priorités d'interventions spécifiques que les besoins de la population commandent et de mettre en place des dispositifs pour y faire face.

Pour s'adapter à la transformation du réseau et correspondre plus étroitement à la dynamique des diverses missions ministérielles, nous avons procédé à une reconfiguration de l'architecture administrative interne au Ministère. Par la création d'une Direction générale des services à la population et d'une Direction générale des affaires médicales et universitaires, nous avons voulu à la fois nous rapprocher davantage de notre réseau et disposer de l'expertise indispensable à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans un environnement dont les mutations s'accélèrent de plus en plus.

L'ensemble des actions qui sont faites pour maintenir et améliorer la santé et le bien être des Québécoises et des Québécois le sont par des hommes et des femmes qui ne ménagent pas leurs efforts au sein de toutes les composantes de notre réseau. Le dépôt du rapport annuel du Ministère est une occasion de plus de les remercier et de les encourager à poursuivre leur excellent travail.

Première partie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1. L'organisation du système de santé et de services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fut créé le 20 juin 1985 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, créé le 22 décembre 1970 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le système de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, pour qu'elles puissent agir dans leur milieu et accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières du Ministère est destiné à :

— assurer la participation des personnes et des groupes qui les composent au choix des orientations de même qu'à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;

— favoriser la participation de tous les intervenants et intervenantes des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un effet sur la santé et le bien-être;

— partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenantes et intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;

— rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes sur les plans physique, psychique et social;

— tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;

— favoriser, en tenant compte des ressources, l'accessibilité à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;

— favoriser, de la même façon, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux dans la langue des personnes des différentes communautés culturelles du Québec;

— favoriser la prestation efficace et efficiente des services de santé et de services sociaux dans le respect des droits des usagères et des usagers de ces services;

— assurer la participation des ressources humaines des établissements au choix des orientations de ces derniers et à la détermination de leurs priorités;

— promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

La mission du Ministère est axée sur les fonctions centrales et stratégiques du système de santé et de services sociaux. Son rôle porte essentiellement sur la « régulation » du système, sur son orientation générale en matière de politique de santé et de bien-être et sur l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

La mission des régies régionales de la santé et des services sociaux est, quant à elle, d'agir à titre de maître d'œuvre dans la planification, la mise en œuvre, l'organisation et la coordination des programmes et des services, ainsi que dans l'allocation des ressources sur leur territoire.

Quant aux établissements du réseau, leur mission consiste à mettre en place et à offrir des services appropriés aux différents types d'usagères et d'usagers, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi.

La gestion du système de santé et de services sociaux est assurée par le Ministère ainsi que par dix-sept régies régionales et un conseil régional répartis dans dix-sept régions sociosanitaires à travers la province.

Le Ministère comprend sept direct ons générales, outre la Direction supérieure. Les mandats et les réalisations de chacune de ces directions au cours de l'année 1999-2000 sont décrits dans les pages qui suivent.

Pour cette même année, l'effectif du Ministère totalise 660 personnes. On trouvera à l'annexe III du présent rapport des précisions additionnelles sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

2. La prestation des services de santé et des services sociaux

2.1. Les établissements

Plus de 482 établissements publics et privés conventionnés offrent des services de santé et des services sociaux au Québec. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que ces services soient accessibles dans les types de centres suivants :

— les centres locaux de services communautaires (CLSC);

— les centres hospitaliers (CH);

— les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);

— les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

— les centres de réadaptation (CR).

2.2. Les organismes communautaires

Les quelque 2700 organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux jouent un rôle de premier plan auprès de nombreux groupes. La gamme de services qu'ils offrent est très variée. Notons, entre autres,

— des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire;

— des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux;

— la promotion du développement social, l'amélioration des conditions de vie ou la promotion de la santé pour l'ensemble du Québec;

— des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes.

2.3. Les autres partenaires

Un grand nombre d'associations et de corporations professionnelles, de fédérations médicales et d'autres regroupements font aussi partie de l'environnement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. Les ressources financières

Les dépenses prévues pour l'année 1999-2000 au ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), s'élèvent à 14 484 447 400 $. Ce montant tient compte, entre autres, d'un investissement supplémentaire de 731,1 millions en cours d'exercice.

Ces dépenses sont réparties en cinq programmes, comme suit :

Fonctions nationales	170 382 800 $
Fonctions régionales	10 713 424 400 $
Office des personnes handicapées du Québec	65 997 000 $
Régie de l'assurance-maladie du Québec	3 534 643 200 $
Total	**14 484 447 400 $**

4. Les principales réalisations en 1999-2000

Les lignes directrices qui guident l'action dans le domaine sociosanitaire sont articulées autour d'une fonction ministérielle de planification stratégique, tant en ce qui a trait aux indicateurs relatifs aux objectifs — dans la continuité de la Politique de santé et du bien-être —, qu'à la stratégie budgétaire et financière de gestion intégrée en fonction des résultats à atteindre.

Expertise

En juillet 1999, le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec, sous la présidence de monsieur Roland Arpin, déposait son rapport à la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux.

En septembre 1999, le Groupe d'experts en organisation clinique déposait deux rapports sur la situation dans les urgences, l'un s'intitulant *Plan d'action sur la situation dans les urgences en 1999, un défi majeur pour le réseau* et l'autre *Projet urgence 2000.* Ces deux rapports sont à la base du Forum sur la situation dans les urgences tenu les 4 et 5 octobre 1999.

En réponse à certains problèmes soulevés dans le rapport *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments* déposé à l'Assemblée nationale le 16 décembre 1999, des avenues de solution ont été élaborées et présentées dans un document publié le 2 février 2000 et intitulé *Pistes de révision du Régime général d'assurance-médicaments.*

Le service Info-Santé CLSC a fait l'objet d'un programme provincial d'évaluation depuis sa mise en place en 1994. Le rapport final de cette évaluation a été publié en décembre 1999; il comporte un bilan des services mis en place et une synthèse des différentes études réalisées en vue de déterminer l'efficacité et l'efficience du service. Des recommandations ont été présentées concernant le financement et l'évolution future du service.

Les orientations en matière d'organisation des services et des ressources

L'annonce des réinvestissements de l'ordre de 1,7 milliard de dollars sur deux ans dans le secteur de la santé et des services sociaux.

La mise sur pied, en avril 1999, du Centre national de coordination en radio-oncologie appuyé par le Comité d'experts.

La mise sur pied, en décembre 1999, du Comité d'experts en cardiologie tertiaire.

La production d'un document d'orientations intitulé *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral, paramètres d'organisation*, en juin 1999.

La finalisation des ententes de gestion, valides de 1999 à 2001, avec les régies régionales.

Seconde partie
Le bilan administratif

1. Le Bureau du sous-ministre

La Direction supérieure, constituée par le Bureau du sous-ministre, est chargée de la direction et de la coordination de l'ensemble du Ministère. Le sous-ministre et sa Direction supérieure ont pour mandat :

— de voir à l'administration des politiques, lois, règlements et programmes relevant de la juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— d'assurer les liens nécessaires entre la ministre et le ministre délégué, le Conseil exécutif, le Conseil du trésor et les directions générales pour la préparation, l'exécution et le cheminement des dossiers relevant de la compétence ministérielle;

— de présider le comité de direction et de coprésider le conseil de direction du Ministère;

— d'assurer les liens nécessaires avec les autres ministères et organismes du gouvernement du Québec et des autres gouvernements (canadien, provinciaux et internationaux) afin d'appuyer la position stratégique du Ministère;

— de vérifier que les stratégies de communication améliorent les liens avec le public et assurent l'accès à l'information dans une dynamique de transparence.

1.1. Le Secrétariat général du Ministère

Le Secrétariat conseille le sous-ministre sur les dossiers en cours et sur le fonctionnement du Ministère. Il assure les liens nécessaires entre le cabinet de la ministre et du ministre délégué, le Conseil du trésor, le Conseil exécutif et les directions générales dans la préparation et le cheminement des dossiers et documents officiels du Ministère. Il appuie le comité de direction et fournit le soutien nécessaire dans les rencontres entre les ministres et le sous-ministre.

1.2. La Direction des affaires juridiques

La Direction des affaires juridiques relève du ministère de la Justice. Elle a pour mandat de conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière légale.

Conformément à ce mandat, cette direction fournit le soutien juridique nécessaire à la rédaction, à l'interprétation et à l'application des lois et règlements qui concernent le Ministère. Elle participe, en outre, à l'établissement de politiques ayant des implications juridiques et représente le Ministère sur le plan légal dans les comités où la présence de celui-ci est requise, ainsi qu'à l'occasion de missions particulières.

Elle prend également en charge les dossiers litigieux qui engagent le Ministère.

1.3. Les communications

La Direction des communications conseille le sous-ministre et les directions générales du Ministère et les assiste dans la planification et la réalisation d'activités de communication publique. Elle planifie et réalise des programmes de communication à l'intention de la population ou des groupes visés par les politiques et par les programmes ministériels en tenant compte des orientations, et ce, en concertation avec les instances régionales en cause. La direction est responsable de transmettre aux médias l'information à caractère administratif du Ministère et à la population les renseignements généraux. Elle planifie et réalise par ailleurs des projets de communication à l'intention du personnel du Ministère.

Cette direction est l'éditeur officiel du Ministère. À ce titre, elle est responsable de la qualité des publications (près de cent cinquante en 1999-2000) destinées à la population ou adressées aux autres destinataires internes ou externes du Ministère. Elle fournit en conséquence les services spécialisés en matière linguistique (révision, réécriture et traduction) en plus de fournir les services de conception et de production graphiques et de coordonner la diffusion des publications du Ministère. Elle offre par ailleurs des services conseil en ce qui a trait à la présentation graphique d'imprimés administratifs, dont certains formulaires nécessaires à la bonne gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Aussi, la direction encadre la diffusion de l'information ministérielle dans Internet et assure la gestion courante du site du Ministère.

La Direction des communications mesure la satisfaction des usagers du réseau au moyen de sondages. Elle mène des campagnes de sensibilisation et de prévention, notamment sur la violence faite aux femmes, la détresse chez les jeunes, le tabac, le sida et l'influenza.

Concernant la campagne sur la violence faite aux femmes, un nouveau message de sensibilisation est présenté sur les écrans du Cinéplex Odéon et dans

plusieurs cinémas indépendants à travers le Québec, et ce, depuis le 3 décembre 1999. C'est à l'automne 1998 que le gouvernement du Québec et ses partenaires du milieu communautaire ont lancé une vaste offensive contre cette forme de violence sous le thème « La violence, c'est pas toujours frappant mais ça fait toujours mal ». Cette campagne a été coordonnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec ses différents partenaires.

Quant à la prévention de la détresse chez les jeunes, le coup d'envoi de la campagne a été donné le 6 mars dernier sous le thème « Parler, c'est grandir ». La campagne vise les jeunes de 12 à 15 ans. Elle tente de les rejoindre là où ils évoluent, soit dans leur famille, leur milieu scolaire, ou leur entourage immédiat.

1.3.1. La gestion documentaire

En plus de ce qui précède, la Direction des communications est responsable de la gestion documentaire pour l'ensemble du Ministère. Au cours de l'année 1999-2000, plus de 26 900 demandes (volumes, rapports de recherche, périodiques, etc.) ont été traitées. Il y a eu 1 900 documents qui ont été catalogués et classifiés, plus de 7 000 prêts et/ou emprunts de documents ainsi que 500 recherches dans les diverses banques de données bibliographiques. La direction a maintenu sa collaboration intensive auprès du Regroupement des membres du réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec pour la consolidation du réseau et la présence du catalogue collectif Cubiq sur l'Internet.

Conformément à la Loi sur les archives et à la Politique gouvernementale en matière de gestion des documents, la direction a intensifié ses efforts en vue d'implanter les principaux outils documentaires au sein des unités administratives. Elle a également donné suite à plusieurs centaines de demandes liées à la gestion des documents actifs, semi-actifs et inactifs, en plus de numériser au-delà de 500 000 documents.

1.4. Accès à l'information et protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 1999-2000, le Ministère a traité 435 demandes en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. L'ensemble de ces demandes se répartit comme suit :

— 75 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi;

— 62 demandes d'accès à des documents ou à des renseignements personnels;

— 266 demandes relatives au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès);

— 26 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique;

— 6 demandes visant à réviser des déclarations de fichiers de renseignements personnels.

Dans la foulée de l'approbation par le Conseil des ministres du plan d'action gouvernemental concernant la protection des renseignements personnels, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place un comité de protection des renseignements personnels au mois de juillet 1999. Ce comité a par la suite adopté un plan d'action ministériel qui reprend les principales recommandations formulées dans les rapports de juin et octobre 1998 de la Commission d'accès à l'information.

Les employés du Ministère ont été sensibilisés à la protection des renseignements personnels par une série de documents qu'ils ont reçus en cours d'année. Ces documents traitaient, entre autres, de la collecte de renseignements personnels, des ententes de communications entre ministères ou organismes, des déclarations de fichiers de renseignements personnels ainsi que des exigences minimales lors de la réalisation de sondages. Tous ces documents demeurent disponibles sur le site dédié à la protection des renseignements personnels dans l'intranet ministériel.

La protection des renseignements personnels étant une priorité au sein du Ministère, tous les sous-ministres adjointes et adjoints ont reçu des attentes en ce sens de la part du sous-ministre. Ils ont été invités à considérer la protection des renseignements personnels comme une préoccupation et à inscrire cette préoccupation dans les attentes formulées envers le personnel ainsi que dans les plans d'action des diverses unités administratives. Tous les employés du Ministère ont également reçu un message de la part du sous-ministre les avisant que la protection des renseignements personnels est une priorité et les enjoignant de participer activement à la réalisation du plan d'action ministériel.

Pour l'année 2000-2001, des priorités d'action ont été adoptées par le comité ministériel que préside le sous-ministre en vue de renforcer la protection des renseignements personnels. La première consistera à dresser une liste exhaustive de tous les systèmes d'information du Ministère et à mettre à jour les diverses déclarations de fichiers de renseignements personnels. La seconde consistera à faire l'examen de l'attribution des droits d'accès et à s'assurer que seules les personnes qui ont qualité pour prendre connaissance des renseignements personnels ont accès aux systèmes comprenant de tels renseignements.

Enfin, l'exercice de renforcement de la protection des renseignements personnels s'accompagnera d'un

diagnostic qui portera sur les communications de renseignements personnels effectuées sans le consentement des personnes concernées en vertu des articles 67 à 70 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

1.5. Le Secrétariat à l'adoption internationale

Le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) a pour mission :

— de coordonner les activités en matière d'adoption internationale au Québec dans l'intérêt supérieur des enfants et le respect de leurs droits fondamentaux;

— d'aider et de conseiller les personnes et les familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié hors Québec, et de s'assurer de la conformité de leur projet d'adoption;

— de recommander à la ministre de la Santé et des Services sociaux l'agrément d'organismes œuvrant en adoption internationale;

— de conseiller et de soutenir les organismes agréés et d'assurer une surveillance de leurs activités dans le cadre prescrit par la loi;

— de veiller à l'application de la législation et au respect des orientations du Québec et des règles éthiques en matière d'adoption internationale;

— de s'assurer du respect de toutes les exigences relatives à chaque adoption;

— de conseiller les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'adoption internationale;

— d'établir avec les autorités compétentes des pays étrangers des relations de travail et des accords en matière d'adoption internationale dans le respect de leur législation et de leur culture.

Pour réaliser son mandat, le SAI évalue les possibilités d'adoption dans les divers pays étrangers et revoit, avec les autorités compétentes de ces pays, les conditions essentielles à l'adoption. Il consulte les lois relatives à l'adoption et établit la procédure à suivre. Il concrétise, si nécessaire, ces conditions dans des ententes internationales formelles en collaboration avec les ministères visés et voit à leur maintien.

Au Québec, le SAI préside le Comité interministériel sur l'adoption internationale auquel participent le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et le ministère de la Justice. Il collabore aussi avec la section nationale de l'adoption du ministère du Développement des ressources humaines du Canada ainsi qu'avec tous les services de Citoyenneté et Immigration Canada. Depuis deux ans, le SAI répond à diverses demandes en provenance de ce dernier ministère quant aux aspects liés à l'adoption internationale à l'intérieur du projet de loi sur la citoyenneté.

Durant la dernière année, le SAI a accueilli des délégations étrangères responsables de l'adoption en provenance de la Chine, du Viêt Nam, de la Russie et du Belarus. Il a effectué des missions en Ukraine, au Belarus, en Thaïlande, aux Philippines, au Viêt Nam, au Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest ainsi qu'en Colombie et au Pérou. Ces rencontres ont permis de raffermir les liens avec les autorités et les personnes responsables de l'adoption dans les pays visités, d'aplanir certaines difficultés et de mieux saisir toutes les dimensions du travail réalisé par les organismes agréés actifs dans ces pays.

On compte seize de ces organismes dans vingt et un pays. Au cours de l'exercice, quelques-uns d'entre eux ont cessé leurs activités dans certains de ces pays, notamment au Mexique et au Chili. Par ailleurs, la Corée a réouvert ses portes à l'adoption en 1999.

Depuis quelques années, le nombre d'adoptions internationales se maintient aux alentours de 900 par année. Au cours de l'année, le SAI a émis 841 autorisations de projets d'adoption internationale pour des enfants en provenance de 49 pays. Les principaux pays d'origine des enfants sont la Chine (337), Haïti (83), la Russie (71), le Viêt Nam (42) ainsi que la Colombie et la Thaïlande (40).

En ce qui a trait à l'Asie, le nombre d'autorisations d'adoptions a baissé en 1999-2000 en Chine, au Viêt-Nam et au Cambodge, mais il a augmenté en Corée. Pendant la même période, on dénombre environ 100 autorisations d'adoptions en Russie et en Roumanie, ce qui est similaire à l'an dernier. Toutefois, la répartition diffère légèrement alors que le nombre d'adoptions a diminué en Roumanie mais augmenté en Russie. Par ailleurs, le nombre d'adoptions en provenance de la Colombie a augmenté. Il est difficile d'expliquer de façon précise ces différences en dehors des variations observées d'une année à l'autre.

1.6. Les mesures d'urgence

En vue d'améliorer l'intervention des différents partenaires de l'Organisation de la sécurité civile, le ministère de la Sécurité publique a publié un plan d'intervention gouvernemental en cas de sinistre à l'intérieur duquel la Coordination ministérielle a détaillé les quatre volets de sa mission sociosanitaire relativement à une telle situation, soit les volets santé publique, santé physique, maintien des activités du réseau et intervention psychosociale.

Les problèmes appréhendés entourant le passage à l'an 2000, ont permis aux responsables de la Coordination ministérielle de planifier et d'organiser un centre de coordination polyvalent, facilitant la gestion des futurs événements nécessitant une intervention ministérielle. Ils ont également établi une étroite collaboration avec la plupart des directions générales du Ministère, qui ont désigné une ou plusieurs personnes pour travailler de concert avec la Coordination ministérielle.

Pour favoriser la prise en charge des services de première ligne en cas de sinistre, on prépare actuellement un guide destiné aux CLSC; sa parution est prévue pour l'an prochain.

En collaboration avec la Direction générale de la santé publique, la Coordination ministérielle a entamé la préparation d'un plan d'intervention santé en prévision d'une pandémie d'influenza. Ce plan ministériel sera finalisé et adapté, au cours de la prochaine année, par chacune des régions en fonction de leurs besoins particuliers.

1.7. La vérification interne

Cette direction est présentement en phase d'implantation.

2. La santé publique

La Direction générale de la santé publique a pour mandat d'assurer l'élaboration et l'actualisation des orientations du Ministère en matière de santé publique en vue de l'amélioration, de la protection et de la promotion de la santé et du bien-être de la population. Elle prend les mesures nécessaires à la protection de la santé publique. Elle assure la conception, la coordination et l'évaluation des priorités et du programme de santé publique en concertation avec les partenaires du Ministère. Enfin, elle assure l'orientation et l'organisation du système du sang.

2.1. Élaboration d'une loi sur la santé publique

En mai 1999, la ministre a confié au sous-ministre adjoint de la Santé publique le mandat d'entreprendre l'élaboration d'une loi sur la santé publique destinée à remplacer l'actuelle Loi sur la protection de la santé publique. Cette démarche permettra la révision des dispositions existantes relatives à la protection de la santé publique, de même que l'intégration à la loi de nouvelles mesures relatives à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population, à la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux, ainsi qu'à la promotion de la santé et du bien-être de la population. Un groupe de travail composé de professionnels du Ministère et du réseau de la santé publique a été constitué pour assurer la réalisation du projet. De plus, un comité consultatif a été créé pour conseiller les responsables du projet sur les enjeux fondamentaux que celui-ci soulève. Le dépôt du projet de loi est prévu en 2001.

2.2. Évaluation et suivi des priorités nationales de santé publique

Dans la foulée de la publication des Priorités nationales de santé publique : 1997-2002, la Direction générale de santé publique a conçu un plan d'évaluation dont elle a mis au point les instruments et la méthodologie, cela en concertation avec les régies régionales par l'entremise des directions de la Santé publique. L'évaluation des priorités est une opération dont l'objectif est de rendre compte du niveau d'avancement quant aux résultats visés. Les résultats de l'évaluation sont ainsi présentés sous forme d'un bilan produit annuellement. Lors des deux premières années d'implantation des priorités, il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs de santé publique sur cette progression. Cette information s'avérait nécessaire afin d'appuyer la mobilisation du réseau de santé publique au regard des résultats escomptés. Après deux ans d'implantation, plusieurs résultats sont en bonne voie d'être atteints et des actions ont été réalisées pour chacune des priorités.

2.3. Élaboration du programme de santé publique

La Direction générale de la santé publique a entamé également cette année un autre projet d'envergure, à savoir la préparation d'un programme national de santé publique. Ce programme doit circonscrire les activités essentielles de santé publique devant être réalisées par le réseau institutionnel de santé publique sur l'ensemble du territoire québécois. Il s'inscrit en continuité des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 dont il devrait prendre la relève. Des travaux réalisés à l'automne 1999 ont permis de tracer un profil général du programme, à partir d'entrevues auprès des autorités de santé publique. Le travail d'élaboration comme tel s'est amorcé au printemps 2000. Pour ce, différentes instances de travail sont déjà en place et d'autres sont en voie de l'être. Ainsi, des professionnels du Service des orientations stratégiques de santé publique, à la Direction du programme de santé publique, sont déjà affectés à la mise en marche du processus. Un comité d'orientation et d'encadrement de la démarche a été constitué récemment. De plus, la formation d'un comité consultatif, chargé de valider le contenu du programme aux différentes étapes de la démarche d'élaboration, est en voie d'être terminée.

2.4. Suivi des ententes de gestion

Les ententes de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales prévoient la mise en place d'un mécanisme de suivi afin de rendre compte des résultats obtenus. Le suivi des ententes concernant la santé publique sont de trois ordres : le suivi des investissements en promotion et prévention, l'évaluation des résultats obtenus dans le cadre des priorités nationales de santé publique (1997-2002) et la mesure des efforts déployés en 1999-2000 par les régies régionales dans le cadre de ces priorités nationales.

À partir des systèmes d'information existant, trois indicateurs d'investissements en promotion et prévention ont été développés :

— la proportion provinciale des coûts directs nets en promotion et prévention sur le total des coûts directs nets en santé et services sociaux;

— la variation régionale et nationale annuelle des heures travaillées en promotion et prévention;

— la variation régionale et nationale annuelle des coûts directs nets en promotion et prévention.

Les calculs ont été faits pour rendre compte des investissements à compter de l'année 1993-1994 jusqu'à la dernière année actuellement disponible au plan des données financières, soit 1998-1999.

L'évaluation des priorités nationales de santé publique est réalisée annuellement de façon exhaustive. Pour les fins du suivi des ententes de gestion, on s'est surtout attardé à produire une synthèse exécutive de cette évaluation annuelle et à demander aux régies régionales de commenter leurs résultats.

Alors que l'évaluation des priorités nationales de santé publique consiste à mesurer l'atteinte des résultats au regard des objectifs fixés, le troisième volet de l'entente de gestion vise à identifier les efforts, au niveau des ressources humaines et de nouveaux investissements financiers, consacrés par les régies régionales dans le but d'atteindre ces objectifs. Un outil a été développé afin de permettre aux régies de transmettre cette information.

2.5. Promotion de la santé sur la scène fédérale et internationale

La Direction générale de la santé publique a représenté le Québec à diverses tables de concertation fédérales/provinciales/territoriales dont le Comité consultatif sur la santé de la population, le Groupe de travail sur la santé publique au Canada, le Conseil des médecins hygiénistes en chef. Cette participation du Ministère lui permet de défendre les intérêts du Québec sur la scène fédérale, de partager avec les autres provinces ses politiques et ses programmes, et d'orienter les décisions sur les dossiers de santé publique qui débordent les frontières.

Sur la scène internationale, le Ministère appuie financièrement le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), un regroupement sans but lucratif de 38 pays francophones. Il agit également comme correspondant de la section Québec.

2.6. La promotion de la santé et du bien-être

L'année dernière, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être s'est transformée et s'est enrichie de deux services importants pour l'amélioration de la santé de la population; il s'agit du Service de la promotion de saines habitudes de vie et dépistage, et du Service de lutte au tabagisme.

2.6.1. La réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté

Le comité de travail mis en place pour élaborer une stratégie ministérielle et un plan d'action relatifs à la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté a amorcé ses travaux à l'hiver 1999. Diverses étapes de travail ont été franchies dont, la production d'un document de consultation, des rencontres régionales pour effectuer une analyse de l'action du réseau à l'égard des personnes en situation de pauvreté, ainsi qu'une étude sur la question du faible revenu après impôt au Québec, couvrant la période de 1980 à 1997. Le rapport du Comité ministériel sera déposé en février 2001.

2.6.2. La santé des jeunes en milieu scolaire

En ce qui a trait aux jeunes en milieu scolaire — dans le cadre de la réforme de l'éducation — la Direction de la promotion et du bien-être s'est jointe aux travaux de la Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires du ministère de l'Éducation afin de mettre en place des paramètres de santé et de bien-être dans le Programme de formation de l'école québécoise. Parallèlement à cette démarche, une collaboration fructueuse a été établie entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et celui de l'Éducation, ainsi qu'avec leurs réseaux respectifs. Ainsi, l'implantation et la consolidation du programme « Écoles en santé », soutenues financièrement par le MSSS, ont été profitables à plusieurs régions. De plus, les deux directions des ministères en cause collaborent conjointement avec la France afin de développer un produit de coopération international relativement à la santé des jeunes en milieu scolaire, notamment le partenariat école-communauté.

2.6.3. La santé des communautés et le développement social

Le soutien au développement de communautés en santé est un secteur d'intervention qui progresse de façon continue, particulièrement grâce au dynamisme du réseau québécois de Villes et villages en santé du Québec (VVS) appuyé financièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Depuis 1999, VVS est intégré à l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). Le Ministère soutient également différentes initiatives régionales visant à améliorer les conditions de vie des citoyennes et des citoyens en misant sur la concertation intersectorielle, l'animation des milieux pour renforcer les capacités des individus et des communautés, et le développement des réseaux de solidarité sociale.

Un bilan ministériel du développement social a été effectué à l'occasion du Sommet mondial sur le développement social qui aura lieu à Genève en juin 2000. La direction a contribué à définir cette position.

Par ailleurs, la direction poursuit ses travaux relatifs au développement de partenariat intersectoriel avec notamment les ministères de l'Éducation et de la Solidarité sociale.

2.6.4. La santé des aînés

La Direction de la promotion de la santé et du bien-être soutient différentes initiatives reliées à la promotion de la santé et du bien-être des aînés; à cet effet, elle a publié au cours de l'année une revue de littérature intitulée *Bien vivre son âge*.

Par ailleurs, les capacités d'alphabétisation des personnes âgées en fonction de leur état de santé font actuellement l'objet d'études et d'expérimentations soutenues par la direction.

2.6.5. La santé des femmes et des hommes

La Direction de la promotion de la santé et du bien-être a contribué directement, encore cette année, à des analyses et à la publication de monographies sur la santé des femmes. Un comité de suivi de l'Enquête Santé-Québec a été constitué pour réaliser ces travaux, tandis qu'une monographie sur la santé des hommes a été planifiée afin d'intégrer à l'exercice l'analyse différenciée selon les sexes.

2.6.6. Des objectifs qui se précisent

Soulignons également que la direction a fait diverses représentations auprès des autorités du Ministère par des analyses, des avis et autres moyens, contribuant à préserver les acquis en promotion de la santé et en prévention des problèmes de santé.

2.6.7. La promotion des saines habitudes de vie et dépistage

2.6.7.1. L'alimentation des enfants

Le Service de la promotion de saines habitudes de vie et dépistage a participé à un sous-groupe de travail dont le mandat est d'élaborer une stratégie annuelle d'intervention au regard de la problématique des allergies alimentaires dans les écoles et les centres de la petite enfance. Il est formé de membres représentant le ministère de l'Éducation, le ministère de la Famille et de l'Enfance, l'Association québécoise des allergies alimentaires, l'Association des CLSC et des CHSLD, la Fédération des comités de parents de la province de Québec et la Fédération québécoise des directeurs et directrices d'établissements d'enseignement.

Au cours de la dernière année, le groupe de travail a réalisé et diffusé son bulletin d'information spécial, « *Les Mets Sages* », sur la prévention des allergies alimentaires à l'école et en service de garde. Il a produit et diffusé un outil de sensibilisation et de prévention, soit une vidéocassette intitulée *Pas de risque à prendre* pour les enfants âgés de 4 à 7 ans. En collaboration avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, et l'Association des allergologues et immunologues du Québec, le sous-groupe de travail a organisé un colloque de formation continue d'une durée d'une journée, à Laval et à Québec, à l'intention des intervenantes et des intervenants, ainsi que des professionnelles et des professionnels du domaine de la santé. Plus de 500 personnes ont assisté à cette formation.

2.6.7.2. L'alimentation des personnes âgées en perte d'autonomie

Le Service de la promotion de saines habitudes de vie et dépistage a été sollicité pour réaliser — conjointement avec le Services des personnes âgées — un état de situation provinciale et régionale quant à la problématique de la malnutrition des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans les CHSLD. Les travaux de collecte de données et l'analyse, de même qu'un plan d'action, sont prévus pour la fin de l'an 2000.

2.6.7.3. La prévention des traumatismes non intentionnels

Les traumatismes non intentionnels (chutes, noyades, brûlures, intoxications, etc.) surviennent au domicile, au travail, sur la route et au cours d'activités récréatives et sportives. La mise en œuvre de mesures préventives relevant le plus souvent de ministères et d'organismes autres que le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce dernier s'efforce donc de partager avec ses partenaires une même approche globale axée tant sur la promotion de la sécurité que sur le contrôle et la prévention des blessures et des décès. Divers projets expérimentaux ont été réalisés pour mieux comprendre les causes et les conséquences de la survenue des blessures et pour identifier les moyens efficaces pour les diminuer.

2.6.7.4. La santé buccodentaire

En santé dentaire, le Ministère a pour objectif de réduire, d'ici l'an 2002, de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et d'abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans. C'est dans ce contexte, que le Service de la promotion de saines habitudes de vie et dépistage a assuré l'année

dernière la coordination nationale du programme public de services dentaires préventifs destiné aux enfants qui présentent des risques élevés de carie dentaire, de même que la coordination du programme de fluoruration de l'eau de consommation.

Le service a diffusé les résultats d'une étude portant sur la santé buccodentaire des élèves québécois âgés de 11 à 14 ans, en plus de coordonner les travaux d'un groupe de travail sur la mise à jour des connaissances sur la fluoruration de l'eau de consommation. Il a également préparé le plan d'effectifs des dentistes actifs en santé publique, et participé aux travaux du Comité de concertation interrégionale en santé dentaire et du Comité fédéral-provincial-territorial des directeurs en santé dentaire.

2.6.7.5. Le dépistage du cancer du sein

Le Service de la promotion des saines habitudes de vie et du dépistage a poursuivi ses travaux de coordination et de soutien à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Au début de l'année, neuf régions avaient implanté le programme. Quatre autres régions se sont ajoutées en cours d'année. Un projet de desserte des régions très éloignées par une unité mobile a été planifié et les travaux se poursuivent pour l'actualiser au cours de la prochaine année.

Des efforts ont également été consentis pour développer des stratégies permettant de mieux répondre aux besoins des femmes, ainsi qu'à ceux des intervenantes et des intervenants du milieu. Les premières données d'évaluation démontrent qu'au début de l'année 2000, plus de 200 000 femmes âgées de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage, ce qui signifie qu'une bonne partie de la clientèle cible a été rejointe.

2.6.8. Le fichier des tumeurs du Québec

La lutte contre le cancer compte parmi les principales préoccupations du système de santé québécois, et son importance relative ne peut que s'accroître au cours des prochaines années à cause du lien entre cette maladie et le vieillissement de la population. La tenue d'un fichier qui vise à recueillir l'ensemble des cas de cancer constitue un outil de base pour la surveillance de la maladie, de même que pour la réalisation et l'évaluation d'un grand nombre d'activités liées à la lutte contre le cancer.

La base de données informatisées sur les cas recensés de 1975 à aujourd'hui est accessible à tous. Une autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec est cependant exigée pour utiliser les données de nature nominative du fichier. Un rapport statistique annuel présente les principaux indicateurs reliés à l'incidence et à la mortalité reliées au cancer, les modalités d'accès au fichier, l'information disponible et la qualité des données.

2.6.9. La lutte au tabagisme

L'application de la Loi sur le tabac a continué d'exiger plusieurs travaux, notamment ceux concernant les mesures entrées en vigueur le 17 décembre 1999. Ces mesures ont nécessité la mise en place d'une équipe pour traiter de nombreuses demandes d'informations, pour planifier la fonction d'inspecteur, et pour assurer un suivi adéquat des plaintes. L'équipe a de plus produit et diffusé la documentation pertinente, planifié les stratégies de communication avec la direction intéressée, et elle s'est assurée de l'interprétation de la loi et de son application dans des situations particulières.

Appuyées par le Ministère, les régies régionales ont poursuivi leurs actions de santé publique en matière de prévention et de soutien à l'abandon des habitudes tabagiques.

Le spectacle multimédias *In vivo* du groupe Monopode a effectué une tournée financée par le Ministère et les régies régionales, afin de sensibiliser les jeunes sur les méfaits du tabagisme.

La Semaine — dont le thème était *J'arrête. Je vais y arriver* —, a été animée et coordonnée par le Conseil québécois sur le tabac et la santé soutenu financièrement par le Ministère. Cet appui a également rendu possible la première édition du Défi *J'arrête, j'y gagne*, par le groupe Acti-menu. Un comité de spécialistes coordonné par le Ministère a remis un rapport à l'intérieur duquel il formule des recommandations quant à l'élaboration d'orientations ministérielles en ce qui a trait à la supression du tabagisme.

Le MSSS et les régies régionales disposent d'un budget global de 3 200 000 $ pour réaliser ces actions.

2.6.10. Des actions internationales

Le Québec est devenu membre national de l'Union internationale de la promotion et de l'éducation en santé (UIPES). À l'occasion d'un numéro spécial, la direction a produit un article sur la promotion de la santé au Québec. La revue *Promotion* est distribuée partout dans le monde et représente un canal de communication unique en promotion et en éducation de la santé.

2.7. La protection de la santé publique

Sur le plan de la protection de la santé publique, le Ministère a pour mandat de gérer les activités de santé publique relatives notamment aux agents infectieux, chimiques ou physiques susceptibles de constituer des risques pour la santé des travailleuses et des travailleurs ou de la population.

2.7.1. Santé du travail

En santé au travail, le comité permanent MSSS-CSST a mené à terme plusieurs travaux, grâce aux activités de plusieurs sous-comités, soit en suivi ou en élaboration de programmes. Le document *Réalisations en santé au travail* sera de nouveau diffusé et les informations qu'il contient seront bientôt disponibles dans le site Internet de la CSST.

Le comité permanent MSSS-CSST a contribué à mettre en lumière les problèmes qui seront prioritaires en santé et sécurité du travail pour trois ans (2000-2002), tels les effets du monoxyde de carbone au moment de l'utilisation de chariots élévateurs, l'exposition à des substances sensibilisantes (asthme professionnel), la santé mentale en milieu de travail, les méthodes de cadenassage et les dangers d'explosion des dépoussiéreurs.

Les travaux concernant la priorité sur le monoxyde de carbone ont été amorcés par un colloque pour partager les actions déjà accomplies, les outils disponibles, ce qu'il faut faire pour empêcher les trop nombreuses intoxications.

Au cours de l'année, plusieurs programmes d'intervention intégrés ont été soit poursuivis (prévention de la silicose dans les opérations de sablage au jet d'abrasif, prévention des lésions attribuables aux travaux repétitifs, prévention des lésions au moment de la fabrication d'objets en plastique renforcé et activités de soudage-coupage), soit mis en place (prévention des maladies professionnelles reliées à l'amiante); d'autres sont en voie de préparation (gestion des isocyanates, des risques biologiques, du bruit dans les scieries) [projets pilotes en cours]. Des évaluations ont été effectuées et les résultats sont fort encourageants.

Pour le programme « Maternité sans danger », il faut souligner les travaux du groupe de référence grossesse-travail qui fournit un soutien scientifique permanent aux professionnelles et aux professionnels de la santé chargés d'étudier les situations de travail qui affectent les travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Le système d'information en santé au travail est désuet : une demande de refonte a été faite à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Un grand effort a été consenti pour pallier au problème criant de recrutement et de rétention des médecins en santé au travail. La CSST a consenti des conditions très favorables à l'obtention d'une maîtrise en santé au travail pour les médecins intéressés, qui s'engagent à travailler en santé au travail. D'autres développements sont attendus.

La région du Nunavik est désormais reconnue comme une nouvelle région administrative en santé au travail. Elle pourra maintenant offrir des services de santé au travail sur son territoire grâce au budget qui lui est consenti.

Dans le secteur de l'agriculture, le comité provincial de la semaine UPA-CSST a organisé la semaine de prévention sur « Faites la lumière sur les espaces clos ». Formation et outils d'information ont été préparés à l'intention des agricultrices et des agriculteurs.

Le comité sur l'amiante, sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux devrait présenter son rapport concernant l'exposition à l'amiante au Québec et les recherches sur les conséquences de cette exposition (amiantose, cancer, mésothéliome) en 2000/2001.

L'opération amiante dans les écoles est pratiquement terminée : les équipes de santé au travail restent toutefois en soutien aux commissions scolaires et au ministère de l'Éducation du Québec. Les travaux de réparation nécessaires sont en cours.

2.7.2. Santé environnementale

En santé environnementale, le Ministère a poursuivi ses efforts d'information et d'éducation de la population à l'égard de plusieurs types de problèmes de santé liés à l'environnement. Des campagnes de prévention ont été menées, en collaboration avec le réseau de la santé et d'autres pouvoirs publics. Par exemple, compte tenu de l'augmentation inquiétante des cancers de la peau au Québec observée durant les dernières décennies, le Ministère a distribué au grand public le dépliant intitulé : *Danger ! Le bronzage pourrait avoir votre peau !* qui met en garde les gens contre l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets émis par les appareils de bronzage ou le soleil. De plus, pour réduire à la source les risques liés à l'utilisation des lampes de bronzage, le Ministère a entrepris des démarches auprès de Santé Canada en vue de resserrer la réglementation fédérale sur ces appareils.

Au chapitre des risques pour la santé inhérents à la consommation de poisson pouvant être affecté par la pollution des eaux, le Ministère publie, en collaboration avec le ministère de l'Environnement et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le dépliant *Connaissez-vous les OMÉGA-3 ?*

Moi, oui... et je suis bon pour la santé ! Ce document fait la promotion de la consommation du poisson comme aliment sain, notamment au regard de la prévention des maladies cardiovasculaires, tout en donnant l'heure juste sur la contamination de certaines espèces de poisson, surtout par le mercure, qui a du reste considérablement diminué grâce aux efforts de dépollution du milieu aquatique, particulièrement du fleuve Saint-Laurent. Dans cet ordre d'idées, le Ministère poursuit sa participation au volet santé du programme Saint-Laurent Vision 2000, phase III, visant à réduire les risques pour la santé de nature microbiologique ou chimique liés aux usages du Saint-Laurent, incluant l'eau potable et les produits de consommation tirés du fleuve. À l'intention des vacanciers, un dépliant d'information *Attention, quand la dermatite apparaît...* sur la dermatite du baigneur a été publié, afin de prévenir cette affection causée par les cercaires contaminant certains lacs.

À l'égard de la pollution agricole d'origine animale, le Ministère a créé un comité scientifique afin de préparer un avis de santé publique sur cet important problème. La pollution agricole d'origine animale, notamment la production porcine, d'une ampleur sans précédent au Québec, soulève des inquiétudes légitimes au sein de la population à l'égard des risques à la santé humaine qui lui sont associés. La pollution agricole a en effet été reconnue responsable de la présence en excès de micro-organismes pathogènes (bactéries, virus, parasites), de substances chimiques (nitrate, phosphore) et de matières organiques dans les eaux souterraines et de surface. Le Ministère entend ainsi contribuer de façon tangible à l'atteinte d'un juste équilibre entre, d'une part, le développement de l'industrie agro-alimentaire et, d'autre part, la protection de la santé de la population québécoise.

Afin de dégager un consensus scientifique sur la question des effets attribués aux champs électromagnétiques, émis en particulier par les lignes électriques à haute tension, le Ministère a mis sur pied une équipe d'experts ayant pour mandat de revoir les données scientifiques disponibles sur ce sujet et de formuler s'il y a lieu les recommandations appropriées pour une gestion prudente de l'exposition aux champs électromagnétiques.

D'une façon plus générale, au regard de la prévention des risques à la santé associés à la contamination du milieu par des substances toxiques d'origine industrielle, le Ministère assume, de concert avec l'Institut national de santé publique du Québec, la responsabilité de l'évaluation des risques, c'est-à-dire des risques toxicologiques pour la santé humaine liés aux impacts environnementaux de projets industriels importants et ce, dans une optique de développement durable.

2.8. Le Centre québécois de coordination sur le sida

Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) a pour mission de proposer des orientations et de coordonner au niveau national des actions pour lutter contre le sida et les autres MTS. Il fait également la promotion des orientations de la Politique de la santé et du bien-être et des recommandations contenues dans les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, et il collabore avec le réseau à leur mise en œuvre et à leur suivi. Enfin, il veille à l'atteinte des résultats définis dans ces documents.

Les actions du CQCS sont guidées par quatre grands objectifs : réduire l'incidence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des MTS ainsi que les coûts sociosanitaires qui y sont liés ; accroître, auprès des personnes vulnérables, les actions de promotion, de prévention et de protection visant à diminuer la transmission du VIH et des MTS par une approche orientée sur les déterminants de la santé et bien-être; améliorer l'accès et la qualité des soins et des services en répondant davantage aux besoins des personnes aux prises avec le VIH et le sida, en les maintenant le plus possible dans leur milieu tout en ayant le souci de conserver leur qualité de vie; créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et aux services ainsi qu'à la prise en charge par les individus de leur santé, dans le respect des droits de la personne.

Au cours de l'année 1999-2000, le CQCS a poursuivi la mise en œuvre de la phase IV de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, et ce, en collaboration avec l'ensemble des régies régionales, les regroupements provinciaux d'organismes communautaires de lutte contre le sida et les associations à caractère provincial touchées par la problématique. Il a également travaillé à la mise en place définitive de son plan d'action 1998-2000 centré sur les personnes vivant avec le VIH et le sida, sur les groupes vulnérables et sur la population en général.

2.8.1. Prévention

Le CQCS a poursuivi l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Depuis sa mise en œuvre en 1997, plus de 70 couples mères-enfants ont reçu un traitement préventif de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et aucun enfant né de ces mères traitées n'a été infecté en 1999. D'autre part, à la suite des travaux d'un comité ad hoc sur la révision de la mission des services de dépistage anonyme, de nouvelles orientations ont été proposées. En ce qui a trait au Programme sida en milieu de travail, soulignons la préparation d'un guide amélioré destiné aux personnes chargées de

former des collègues de travail en vue de répondre aux attentes et aux besoins de leurs pairs atteints par le VIH; le CQCS a poursuivi sa collaboration dans ce dossier.

Pour ce qui est des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, le CQCS a accordé un soutien financier à la réalisation d'une campagne provinciale de communication à l'intention de la population homosexuelle. Cette campagne, qui s'échelonne sur deux ans, porte sur la communication interpersonnelle relative aux comportements sexuels sécuritaires, sur les rapports entre séropositif et séronégatif ainsi que sur le *coming out*.

Quant aux actions de prévention auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), le CQCS a continué de favoriser l'implantation de sites d'accès aux seringues : 656 sites sont accessibles actuellement dans 16 régions du Québec. De plus, son soutien à la Table de concertation en toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve a permis la diffusion du vidéo *Faire sa veine* — production faite par et pour des UDI sur l'injection à risques réduits.

D'autre part, le CQCS a produit et diffusé du matériel d'information portant sur les risques de transmission du VIH et des hépatites virales à l'intention des tatoueurs et des perceurs.

En ce qui a trait à la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire, le CQCS a créé et diffusé un *Répertoire d'activités d'enseignement en prévention des MTS et sida* destiné au personnel enseignant auprès des élèves présentant une déficience intellectuelle; il a également poursuivi la publication des quatre numéros annuels du *Petit magazine de la formation personnelle et sociale*, en collaboration avec le MEQ et l'UQAM.

Enfin, dans le prolongement de la campagne de sensibilisation placée sous le thème « Je l'aime, je l'aime, je l'aime », une nouvelle campagne sur la prévention des MTS et du sida a été conçue dans le but de valoriser l'utilisation du condom ainsi que les jeunes qui en font usage. Cette campagne, d'une durée de trois ans, vise les jeunes francophones et anglophones de 13 à 17 ans. Elle débute au printemps 2000.

2.8.2. Soins et services

Présidé par le CQCS, les travaux du comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH ont donné lieu , cette année, à deux publications : *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques* et *Prise en charge des personnes exposées au VIH à la suite de pratiques sexuelles à risque ou du partage de matériel d'injection*. Un sous-groupe de travail a été mis sur pied pour faire état des connaissances actuelles sur la résistance du VIH aux antirétroviraux; un rapport sur la question a du reste été déposé au Ministère.

Par ailleurs, le CQCS a subventionné, à Montréal, un projet désigné comme Centre de référence régional. Ce projet a pour but de rendre accessibles des services spécialisés rendus nécessaires à la suite d'une exposition aux liquides biologiques susceptibles de comporter un risque de transmission du VHB, VHC ou de l'infection par le VIH. Le service est offert 24 heures par jour : le CLSC Métro en assure le fonctionnement durant les heures ouvrables, tandis que l'Hôpital Saint-Luc prend la relève le reste du temps.

De plus, le CQCS a publié le document intitulé *Psychologues et travailleurs sociaux æ au carrefour de la prévention et du traitement de l'infection par le VIH... une question d'humanité* æ Bottin des participants 1999-2000, qui a été distribué aux organismes ainsi qu'aux professionnelles et aux professionnels en cause.

Sur le chapitre de l'hébergement, le CQCS a collaboré à un projet-pilote — mené dans la région de Québec par la Société d'hébergement du Québec —, visant à retourner des personnes vivant avec le sida dans un logement autonome, assorti de services de soutien fournis par l'organisme communautaire MIELS. Un suivi de la réorganisation des ressources communautaires à Montréal a également été effectué.

Le Comité consultatif sur les MTS a déposé son rapport faisant état de ses recommandations en ce qui a trait à la notification aux partenaires des personnes infectées par une MTS; il a également achevé une étude de faisabilité sur la surveillance des tests de laboratoire et formulé des orientations relativement à la recherche en matière de MTS. De plus, le CQCS a rendu publics le document intitulé *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydiose, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile 1994-1998*, ainsi que le rapport sur le Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS. Enfin, il faut souligner la mise au point d'une stratégie québécoise de lutte contre les MTS dont le document devrait paraître sous peu.

2.8.3. Activités de soutien

À la suite des travaux effectués par un comité ad hoc quant aux moyens d'améliorer la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH, des démarches ont été entreprises pour obtenir une modification réglementaire visant à inscrire l'infection par le VIH à la liste des maladies à déclaration obligatoire. Un groupe de travail a été mis sur pied par le CQCS pour définir les données épidémiologiques qui de-

vront accompagner la déclaration du VIH. Un comité consultatif a également été formé pour superviser tous les aspects de l'implantation du système de surveillance de l'infection par le VIH.

Sur le plan de la recherche, le CQCS a maintenu des liens étroits avec le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale, en mettant en valeur son rôle consultatif et participatif dans la démarche de définition des axes prioritaires et des orientations de la recherche sur le VIH et le sida. Entre autres, le CQCS a préparé un programme conjoint CQRS-CQCS et il a organisé un colloque provincial intitulé *La prévention des MTS et du sida : dimensions psychosociales et socioculturelles*, auquel se sont joints Santé Canada et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida). Enfin, il a accordé son soutien financier à la COCQ-sida pour l'organisation de rencontres provinciales visant la transmission des résultats de la recherche effectuée sur la cohorte Oméga.

Le projet d'évaluation des cinq unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) est arrivé à son terme et une présentation préliminaire des résultats a eu lieu, ce qui a permis de mieux comprendre le modèle organisationnel de ces unités et de préciser les adaptations possibles en vue de répondre adéquatement aux nouveaux besoins

Plusieurs programmes nationaux de formation ont été proposés, en 1999-2000, aux professionnelles et aux professionnels de la santé ainsi qu'aux personnes qui interviennent en matière de prévention des MTS et du sida; ils ont suscité une large participation, comme les programmes *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles* et *L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues*. En collaboration avec Santé Canada et les ordres professionnels visés, le CQCS a offert des journées de formation sur le VIH/sida destinées aux psychologues ainsi qu'aux travailleuses et aux travailleurs sociaux des secteurs privé et public.

De plus, le CQCS a soutenu financièrement l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec. Précisons que celle-ci a mis au point un programme de sensibilisation à la prévention du VIH et des MTS destiné aux personnes en maisons de transition, et qu'elle a formé des personnes à cette fin. Le CQCS a aussi fourni un soutien pédagogique à la mise en œuvre d'un nouveau programme de formation sur le traitement à la méthadone visant à recruter et à habiliter de nouveaux médecins prescripteurs du traitement pour les personnes héroïnomanes, et il en assure depuis la promotion.

En collaboration avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, Santé Canada, le Collège québécois des médecins de famille, le réseau des UHRESS et le service de consultation téléphonique sur le VIH et le sida, le CQCS a participé à la mise sur pied du programme de mentorat sur le VIH et le sida destiné aux médecins, ainsi qu'aux infirmières et aux infirmiers qui sont appelés à prodiguer des soins dans le domaine.

2.8.4. Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)

Le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le VHC a été rendu public le 26 août 1999. Ce programme comprend des mesures visant :

— une prise en charge appropriée de toutes les personnes infectées par le VHC;

— la prévention de la propagation de l'infection;

— une aide financière de 10 000 $ aux personnes infectées par une transfusion sanguine ou par l'administration de produits sanguins avant 1986, ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998.

Depuis l'annonce du programme, l'essentiel des énergies a été consacré à préparer le réseau de la santé à recevoir les personnes qui requerront, notamment, des consultations médicales, des tests, des traitements et des vaccins, ainsi qu'à mettre en place les mesures nécessaires pour effectuer la recherche systématique des personnes transfusées. La Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui administre le volet « aide financière », a cependant répondu aux demandes présentées par un certain nombre de personnes infectées par le VHC.

En ce qui a trait à la prise en charge des personnes infectées, le Ministère, avec la contribution de nombreux partenaires, a réalisé notamment un protocole Info-Santé CLSC sur l'hépatite C, ainsi qu'un document d'information à l'intention des médecins et un programme de formation destiné aux professionnelles et aux professionnels de la santé. La vaccination contre les hépatites A et B est maintenant offerte gratuitement aux porteurs chroniques du VHC. Le médicament le plus efficace, soit le Rebetron® est couvert par l'assurance-médicaments depuis le 1er juillet 1999. Une tournée des centres hospitaliers est en cours dans le but de mettre en place les mesures nécessaires pour effectuer la recherche systématique des personnes transfusées.

Dans le but d'éviter la propagation de l'infection, des démarches ont été entreprises pour obtenir une modification réglementaire visant à faire inscrire l'hépatite C sur la liste des maladies à déclaration obligatoire par les laboratoires. Des travaux ont été entrepris

pour définir les données de surveillance à recueillir et les interventions de santé publique à effectuer à la suite de la déclaration d'un cas d'hépatite C. Une brochure *L'hépatite C – une infection sournoise* portant principalement sur la maladie, sur ses modes de transmission et les moyens de la prévenir a été réalisée et sera diffusée, principalement, dans les directions de santé publique, les CLSC et les organismes communautaires qui travaillent auprès des personnes infectées par le VHC et les personnes à risque (toxicomanes, jeunes de la rue, personnes détenues, etc.).

En plus de mettre en place le personnel nécessaire à l'application du programme, la Régie de l'assurance-maladie du Québec a produit la documentation appropriée à cette fin et elle a défini les procédures à suivre afin de répondre aux questions de la population et de traiter les demandes d'aide financière. À la fin de mars 2000 — soit avant le début de la recherche systématique des personnes transfusées et avant la campagne d'information —, au-delà de 1100 personnes avaient communiqué avec la Régie pour demander des renseignements; 361 avaient sollicité un soutien financier; la Régie avait accepté 151 demandes et en avait refusé 33, les autres étant en traitement.

2.9. Le système de gestion du sang au Québec

En juillet 1999, la Direction générale de la santé publique a créé le Secrétariat du système du sang ayant pour mandat de mener à bien les différents dossiers sous-jacents à la mise en place et au fonctionnement du système du sang. Le Secrétariat assure également un soutien professionnel et technique à la composition et au fonctionnement des comités déjà mis en place ou à venir. Dans cette perspective, il assure depuis près d'un an, un soutien au fonctionnement du Comité d'hémovigilance; celui-ci s'est réuni six fois dans l'année et a orienté ses travaux entre autres sur la surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et plus particulièrement sur les donneurs de sang ayant séjourné au Royaume-Uni.

Le Comité consultatif national de médecine transfusionnelle a été mis sur pied en janvier 2000 et a déjà tenu une première réunion. Ce comité constitue un forum provincial permanent d'échange et de discussion sur les aspects scientifiques liés aux pratiques transfusionnelles et à l'utilisation des produits sanguins, leurs dérivés et substituts.

Les 48,5 postes d'adjoint au chef technologiste et de chargé de sécurité transfusionnelle ont été comblés dans les centres hospitaliers désignés pour soutenir le bon fonctionnement du système du sang et de l'hémovigilance. Une formation a été donnée au personnel de façon à ce qu'il puisse satisfaire aux exigences des fonctions nouvellement créées. Une formation a également été donnée aux répondantes et aux répondants en hémovigilance des directions de la santé publique.

Au cours de l'année, la ministre a désigné Approvisionnements-Montréal à titre d'organisme responsable de la négociation avec Héma-Québec des conditions de fournitures de ses produits aux établissements de santé et de services sociaux, ainsi que l'Hôpital Sainte-Justine comme centre de référence québécois pour le traitement des sujets avec inhibiteurs de la coagulation.

La Direction générale de la santé publique en collaboration avec le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) a défini et retenu des projets de recherche en médecine transfusionnelle et en hémovigilance pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001.

Afin de pouvoir répondre aux questions des professionnels impliqués dans le système québécois du sang ainsi qu'aux questions suscitées par la population, plusieurs publications ont été diffusées dont celle sur l'organisation du système du sang au Québec, un bulletin d'information intitulé *Le 109* et un document d'information sur la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Un plan de communication a été élaboré par le Secrétariat du système du sang en collaboration avec la Direction des communications du Ministère afin de mieux susciter l'adhésion et la participation du réseau de la santé et des partenaires à la réorganisation du système du sang et à son fonctionnement harmonieux.

3. Le budget, les investissements et les technologies de l'information

La Direction générale du budget, des investissements et des technologies de l'information a principalement pour mandat de définir les orientations, les stratégies et les règles de gestion en matière de financement des services sociaux et de santé, de planification et de programmation budgétaires, d'investissements immobiliers et technologiques, de normes comptables et de pratiques de gestion.

Elle coordonne les activités liées au suivi de la situation financière du réseau, à l'établissement d'ententes de partenariat économique ainsi qu'au processus de planification, de programmation et de financement des besoins immobiliers et technologiques.

Elle prépare et contrôle le budget de fonctionnement du Ministère, offre des services d'expertise et de soutien en matière de technologie de l'information ainsi qu'en matière budgétaire et financière. Elle appuie également la rationalisation des ressources budgétaires allouées au réseau en matière de services administratifs et de soutien.

3.1. Les orientations et stratégies de financement

À l'occasion du Discours du budget 1999-2000, le gouvernement a annoncé des réinvestissements de 1 747 millions de dollars sur deux ans dans la santé et les services sociaux. Dans le cadre d'un vaste Plan de consolidation des services et de restructuration financière du réseau, les établissements se voyaient ainsi compenser pour l'évolution des coûts des programmes et pour le financement de nouveaux besoins; le gouvernement leur permettait également, d'effacer les déficits qu'ils avaient accumulés au cours des années précédentes.

Dans la foulée de cette annonce, le Ministère a coordonné la détermination des crédits additionnels obtenus pour répondre aux besoins prioritaires du secteur, ainsi que pour divers ajustements (ex. : surestimation des revenus budgétaires des établissements, etc.). Il a également travaillé à concevoir et à mettre en place des ententes de gestion liées à l'effacement des déficits. Par ces ententes, le Ministère, les régies régionales et des établissements devaient formellement convenir d'objectifs précis de résultats à atteindre, tant sur le plan de l'organisation et de l'accessibilité des services que sur le plan budgétaire et financier.

Au cours du printemps 1999, cet exercice a donné lieu a des discussions entre le Ministère et chacune des régies régionales. Toutes les régies régionales ont par la suite signé leur entente bipartite et une soixantaine d'établissements, leur entente tripartite. Parallèlement à cette démarche, le Ministère a également procédé à d'importants travaux d'analyse visant à identifier les principales causes de l'augmentation des déficits des centres hospitaliers dont la situation précaire s'est nettement détériorée au cours des dernières années.

Par ailleurs, soulignons la participation du Ministère aux travaux du Groupe de travail présidé par monsieur Roland Arpin, visant à faire le point relativement au rôle du secteur privé dans le système de santé du Québec. Ce groupe avait principalement pour mandat d'examiner la composition et l'évolution des dépenses privées de santé au Québec, et de définir des avenues de complémentarité qui permettraient d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services sans contrevenir aux objectifs fondamentaux du régime.

Enfin, en collaboration avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le Ministère a procédé aux travaux reliés au contrôle des coûts du Régime général d'assurance-médicaments. Sa participation a surtout consisté à mettre en lumière diverses solutions, ainsi qu'à évaluer les conséquences budgétaires et financières des scénarios proposés sur les différents groupes d'utilisatrices et d'utilisateurs du régime; s'est ajouté à cela la rédaction d'un mémoire au Conseil des ministres. Les résultats de ces travaux ont été par la suite utilisés pour soutenir la démarche ministérielle d'évaluation globale du Régime général d'assurance-médicaments, telle que prévue à la Loi sur l'assurance-médicaments.

3.2. Le suivi budgétaire et financier du réseau

Conformément aux orientations ministérielles retenus pour l'exercice 1999-2000, des mesures ont été prises afin d'assurer le suivi opérationnel des objectifs budgétaires et financiers prévues dans les ententes de gestion bipartite signées entre le Ministère et les régies régionales.

Des circulaires adressées aux directrices et aux directeurs généraux des régies régionales ont permis de préciser les données publiées périodiquement à cette fin par le Ministère qui a pu ainsi dresser un rapport quant à l'évolution de la situation financière

des établissements du réseau public et réaliser notamment un suivi plus serré des établissements au prise avec une situation problématique.

Ces données ont également permis de procéder au remboursement de la dette accumulée des établissements, et de concevoir les divers scénarios de redressement des bases budgétaires des établissements pour l'exercice 2000-2001.

L'année qui s'est écoulée a été l'occasion, en outre, de procéder à la mise sur pied d'un comité tripartite regroupant l'Association des établissements privés conventionnés, le Ministère et les régies régionales. Ce comité, qui se réunit à deux ou trois reprises durant l'année, a pour mandat principal de superviser l'application de l'Entente cadre intervenue entre l'Association des établissements privés conventionnés, la Conférence des régies régionales et le Ministère concernant les modalités de financement des activités des établissements privés conventionnés.

Au cours de cette période, des améliorations ont aussi été apportées au système budgétaire et financier qui sert conjointement aux régies régionales et au Ministère pour l'approbation des budgets des établissements, pour le versement des subventions et pour le suivi de la situation financière et des autorisations d'emprunts. Elles ont consisté à adapter le système à l'évolution des exigences de la budgétisation et du suivi budgétaire du réseau. Ces ajustements ont touché principalement les modules de la gestion des enveloppes régionales de crédits, du suivi financier et du contrôle des autorisations d'emprunts accordées aux établissements.

Enfin, en collaboration avec les régies régionales, le Ministère à poursuivi ses démarches en vue de procéder à l'installation d'une version plus moderne du logiciel qui assure le fonctionnement du système. Au 31 mars, toutes les régies régionales de la santé et des services sociaux avaient effectué ce passage technologique et étaient raccordées au Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS).

3.3. Les normes et les pratiques de gestion

Le verglas de janvier 1998 a occasionné au réseau de la santé et des services sociaux plusieurs coûts additionnels, dont ceux engagés durant la période de verglas même durant la période d'application d'un programme de remise en état des services qui s'est terminée en janvier 1999. Après avoir participé à la préparation de ce programme en 1998-1999, et après avoir créé des outils de collectes d'information permettant de préciser le coût de la réclamation devant être acheminé au gouvernement fédéral, le Ministère a analysé les réclamations des établissements et des régies régionales en cause. Cette analyse a permis d'établir les coûts totaux admissibles à la réclamation au gouvernement fédéral (51 M $), ainsi qu'à payer les réclamations des établissements et des régies régionales.

On a aussi conçu des outils de vérification comptable permettant d'évaluer la totalité des coûts d'opérations et d'immobilisations reliés au passage à l'an 2000, et qui offrent aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux régies régionales la possibilité d'effectuer une réclamation pour des coûts additionnels engagés dans le cadre de cette opération. Afin de faciliter l'utilisation de ces outils, des directives ont été émises au réseau relativement aux dépenses admissibles à une réclamation et à la nature des travaux devant être réalisés par les vérificateurs externes du réseau. Un guide de vérification a été publié à cette fin.

À la suite de la décision du gouvernement de prendre à sa charge les déficits accumulés des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, au 31 mars 1999, le Ministère a établi les mécanismes permettant de déterminer le montant des déficits. En plus de publier, à l'intention des régies régionales, un guide d'analyses des déficits des établissements publics, il a aussi procédé à un examen sommaire des analyses effectuées par les régies régionales.

De plus, le Ministère a mis en place des moyens lui permettant d'effectuer un suivi des objectifs budgétaires et financiers prévus dans les ententes de gestion signées avec les régies régionales, moyens qui ont été assortis de directives et d'un guide destiné aux établissements publics et aux régies régionales.

Au cours de l'année 1999-2000, des directives ont aussi été émises à l'intention des établissements du réseau concernant principalement :

— le traitement comptable de la réduction de traitement visé à la Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (Loi 160) et à la Loi concernant la prestation des services de soins infirmiers et les services pharmaceutiques (Loi 72);

— le traitement comptable de l'indexation des salaires des employées et des employés du réseau et du financement de cette indexation.

Des mises à jour annuelles ont été également apportées au plan comptable des établissements et des régies régionales, ainsi qu'aux formulaires des rapports financiers et statistiques devant être complétés.

Les efforts entrepris, il y a plusieurs années, pour diminuer un certain nombre de directives en vigueur s'adressant aux établissements du réseau se sont pour-

suivis, de sorte que près de 25 % de ces directives ont été retirées.

Par ailleurs, les normes et les pratiques de gestion en vigueur ont fait l'objet de sessions de formation. L'ensemble des régies régionales, et au-delà de 220 vérificatrices et vérificateurs externes, ont été rejoints par ces sessions.

Enfin, en vertu du pouvoir conféré à la ministre par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, plusieurs vérifications ministérielles ont été effectuées. Ces vérifications ont permis d'adresser aux autorités visées les recommandations appropriées quant aux correctifs à apporter pour se conformer à la loi, aux règlements ou aux directives ministérielles en vigueur.

3.4. Le budget

Les dépenses prévues de l'ensemble du secteur sociosanitaire, pour l'année qui se terminait le 31 mars 2000, sont de 14 484 447 400 $. Ces dépenses se subdivisent en cinq programmes distincts se détaillant comme suit :

- les fonctions nationales (programme 01) 170 382 800 $

  Ce programme vise à procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux; il vise également à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux et à financer les activités nationales;

- les fonctions régionales (programme 02) 10 713 424 400 $

  Ce programme vise à assurer à la population les services favorisant l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. Ce budget inclut les frais d'administration des régies régionales;

- l'Office des personnes handicapées du Québec (programme 03) 65 997 000 $

  Ce programme vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'Office de traiter les demandes d'aide matérielle et d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions auprès des personnes handicapées. Ce budget inclut les frais d'administration afférents;

- la Régie de l'assurance-maladie du Québec (programme 04) 3 534 643 200 $

  Ce programme vise à couvrir le coût des services assurés à l'intérieur des régimes d'assurance-maladie, d'assistance et les frais afférents.

Le Ministère définit les politiques et oriente le système de santé et des services sociaux en fonction des objectifs fixés par le législateur, et s'assure de l'atteinte des résultats. À ce titre, son rôle premier est de définir les enjeux et l'ensemble des lignes directrices du système pour ensuite en évaluer les résultats et apporter les corrections nécessaires. Il doit aussi assurer le financement du système et la coordination interrégionale, établir les politiques d'adaptation de la main-d'œuvre et négocier les ententes et les conventions collectives.

Les régies régionales sont les mandataires du Ministère dans chacune des régions du Québec. À ce titre, elles doivent mettre en œuvre les priorités ministérielles quant aux services à la population, respecter les limites d'organisation fixées par le Ministère et rendre compte des résultats à l'intérieur de leur territoire. Elles coordonnent la planification et l'organisation des services, ainsi que l'allocation des ressources dans leur région respective.

Conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi, les établissements de santé et de services sociaux offrent les services directs à la population selon la nature de ces services et le type de patientes et de patients à qui ils s'adressent.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec administre le Régime d'assurance-maladie, le Régime général d'assurance-médicaments ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

L'Office des personnes handicapées du Québec est avant tout un organisme de promotion des intérêts des personnes handicapées et ses actions sont axées en priorité vers leurs besoins collectifs. L'Office s'assure de la cohérence, de la complémentarité et de l'harmonisation des interventions à l'égard des personnes handicapées, et ce, de concert avec les ministères et les organismes en cause.

3.5. La planification budgétaire

Dans le cycle budgétaire du gouvernement, le Ministère définit l'enveloppe budgétaire, en vue de la préparation du livre des crédits, et en assure le suivi en cours d'année. Il assure la préparation des dossiers afférents aux différentes commissions parlementaires, notamment celle sur l'étude des crédits et celle sur les engagements financiers. Il prépare également les normes d'attribution pour approbation par le Conseil du trésor et s'assure du respect de celles-ci. Le Ministère assure le suivi des engagements, ainsi que celui de leur mise en paiement et de l'inscription des opérations pour fins de comptabilité gouvernementale.

3.5.1. Les opérations budgétaires du réseau

Tout en assumant et en accentuant son rôle d'orienteur, le Ministère a intensifié son soutien aux régies régionales pour accroître l'efficacité de la budgétisation et du suivi des crédits régionaux.

Il a principalement axé ses actions sur les opérations budgétaires découlant des ententes de gestion convenues avec les Régies régionales et les établissements dans le but d'assurer que les réinvestissements gouvernementaux permettent de rétablir graduellement l'équilibre budgétaire du réseau.

De plus, comme l'exercice 1999-2000 marque le retour du financement de l'évolution du coût des programmes, le Ministère a définit les paramètres requis par une ventilation rigoureuse de l'allocation budgétaire qui en résulte.

La dernière entente conclue avec l'Association des établissements privés conventionnés de santé et de services sociaux a amené aussi le Ministère à prévoir ses effets sur le plan financier pour, ensuite, en informer les régies régionales afin qu'elles soient en mesure d'allouer adéquatement les ressources aux établissements en cause.

En vertu de son rôle de vigie, le Ministère a la responsabilité d'établir le budget de fonctionnement des régies régionales et de certains établissements desservant les communautés autochtones, tout en s'assurant qu'il soit respecté par un suivi budgétaire approprié et par l'analyse financière de la reddition de comptes, à l'intérieur des procédures annuelles de fin d'exercice.

3.6. Les technologies de l'information

3.6.1. Le réseau de télécommunication sociosanitaire

Au cours de l'année, 90 % du réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) a été déployé. Un défi digne de mention si l'on songe que la phase d'installation a débuté en septembre 1998.

Ainsi, le technocentre provincial, de même que 18 technocentres régionaux et au-delà de 1400 sites physiques (soit plus de 90 %) ont été branchés et la totalité des sites de télépédiatrie sont en mesure de fonctionner.

Considérant la venue de nouveaux services sur le RTSS — tels le service F (fournisseurs) pour l'accès sécurisé par les fournisseurs commerciaux d'applications, le service T (télétravail) pour les télétravailleuses et télétravailleurs, le service P (professionnel) pour les cliniques médicales et le concept de cloisonnement des établissements — et afin d'assurer une gestion efficace de ce réseau, le Cadre de gestion des télécommunications créé à l'intention des technocentres sera mis à jour au 2e trimestre 2000. Ce cadre de gestion se doit de couvrir l'ensemble des procédures nécessaires à la gestion du RTSS, soit les mécanismes d'urgence à mettre en place s'il survient une perte de service, en cas de décalage d'activités ou de piratage du réseau, de même que des mécanismes d'entretien et de rehaussement des liens de télécommunication.

La direction a mis en place un comité de contrôle de qualité chargé d'analyser les rapports de performance qui lui sont soumis et de maintenir la qualité du RTSS à son point optimal. Ce comité analyse également les délais d'intervention et, le cas échéant, formule des recommandations.

Dans la foulée de la parution et de la diffusion des normes minimales sur la sécurité, la direction a entamé au cours du 1er trimestre 2000, conjointement avec la SOGIQUE un important « audit » de sécurité visant l'ensemble des technocentres et le Ministère. Les travaux se termineront au 2e trimestre 2000.

La performance et la sécurité du RTSS ayant été jugées primordiales, on a amorcé la mise en place d'un bureau d'accueil et d'un centre de certification ayant pour mission de définir les conditions d'intégration des applications, le tout devant être en mesure de fonctionner à l'été 2000.

Plusieurs activités ont été entreprises à l'intérieur du volet « communication » : notons la mise à jour de l'intranet ministériel destiné à soutenir les personnes qui coordonnent le RTSS en région et d'un site WEB visant à informer le grand public et la participation des membres de la direction à des colloques à titre de conférenciers ainsi qu'à plusieurs événements spécialisés au Québec et hors Québec. D'autres initiatives ont été menées avec succès, tel l'envoi d'une lettre de liaison bihebdomadaire aux gestionnaires d'établissements. Soulignons également le dépôt auprès du comité directeur d'une étude portant sur l'intégration de la téléphonie.

Au cours de la prochaine année, le Ministère prévoit terminer le branchement des sites au RTSS, ce qui complétera les quelque 1500 liens physiques de branchement. De plus, on procédera à une étude visant à mettre en place un processus permettant de juger de la satisfaction des utilisatrices et des utilisateurs du réseau. Plusieurs passerelles seront déployées entre les différents partenaires du réseau tels la CSST, le Registre de l'État civil et le réseau universitaire, tandis que le développement des activités de télésanté au Québec sera intensifié; ce développement nécessite une analyse rigoureuse de la topologie du réseau. Conjointement avec ses partenaires du réseau, le Ministère procédera à l'analyse d'impact quant au

déploiement d'infrastructure partagée en lien avec le RTSS, et ce, conformément aux règles de performance et de sécurité.

3.6.2. Bilan de la planification stratégique 1998-2001 des ressources informationnelles du secteur sociosanitaire québécois

Depuis la présentation du plan stratégique de 1998-2001 des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux, en juin 1998, les organisations du réseau ont continué à investir dans les ressources informationnelles et les technologies de l'information. Un bilan a été produit afin de démontrer comment les réalisations des dernières années ont contribué à l'atteinte de la cible, soit la vision d'un réseau intégré de services soutenu par les technologies de l'information.

Globalement, la planification stratégique de 1998-2001 a permis de doter également le réseau sociosanitaire de ressources informationnelles axées sur les résultats. Elle traduit également un consensus autour d'orientations stratégiques plutôt qu'un plan d'action opérationnel.

Au cours des deux dernières années, différentes réalisations ont permis ou permettront de doter le réseau sociosanitaire d'actifs structurants dans le domaine des ressources informationnelles. Notons à cet effet, le RTSS, les technocentres et les infocentres régionaux, la politique de sécurité, le cadre général de télésanté et de télémédecine, la certification des applications et le Conseil consultatif des ressources informationnelles.

Pour les prochains mois, la Direction des technologies de l'information concentrera ses efforts sur la gestion de l'information et sur le processus de planification et de suivi des projets d'informatisation.

3.7. Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire

Les principales orientations et priorités définies par la ministre en cours d'année se reflètent à l'intérieur du plan triennal des immobilisations 1999-2000 :

— Système d'information pour les services d'urgence.

— Système de gestion des listes d'attente.

— Système d'information pour les CLSC.

— Système clientèle jeunesse projet intégration jeunesse.

— Système de support à la pratique Jeunesse.

— Info-Santé module social.

— Système d'information en santé mentale de la communauté.

— Le déploiement de la télémédecine dans les 18 régions.

— Réseau mère enfant suprarégional.

— Centre ambulatoire de Laval, etc.

Les grands principes directeurs pour soutenir les orientations ministérielles sont :

— l'harmonisation des systèmes d'information par type d'établissements et de clientèles;

— l'intégration de l'information produite par les divers systèmes d'information;

— l'agrégation de l'information dans des banques de données communes par type de clientèle;

— le renforcement de l'infrastructure visant à soutenir les intervenantes et les intervenants du réseau sociosanitaire ainsi que les instances décisionnelles, et leur permettant d'échanger de l'information;

3.8. Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au développement et à l'entretien du parc technologique et des systèmes ministériels, l'année 1999-2000 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

— le remplacement de 275 micro-ordinateurs désuets, soit environ 25 % du parc ministériel;

— l'établissement de la liaison entre le réseau local de chaque site ministériel et le RTSS;

— l'établissement d'un lien entre le réseau étendu ministériel et l'intranet gouvernemental (RICIB);

— le rehaussement de la capacité d'accès au service Internet pour corriger la situation d'engorgement qui s'était développée;

— l'installation des matériels et des logiciels, ainsi que la diffusion de la documentation permettant la prise de copies de sécurité des espaces disque résidant sur les postes de travail individuels;

— la maintenance et l'entretien du parc technologique (environ 1100 postes de travail, une centaine de serveurs et 3 mini-ordinateurs composant le réseau étendu ministériel), ainsi que de divers liens de communication reliant les différents sites ministériels entre eux, et ces derniers au RTSS et aux Services gouvernementaux (Directions générales des services informatiques du gouvernement et des télécommunications);

— la préparation d'un plan de relève en cas de sinistre pour le réseau ministériel, plan qui reste à être présenté et adopté avant sa mise en place;

— l'élaboration et l'acceptation par les autorités ministérielles d'une politique de renouvellement et de gestion du parc des micro-ordinateurs dont les mesures prévoient des acquisitions réparties uniformément sur 4 ans;

— la réalisation des travaux requis pour le passage à l'an 2000, dont des tests des logiciels et des applications ministérielles ainsi que de l'infrastructure technologique;

— le traitement de 11 014 demandes de dépannage, l'opération du Laboratoire de services spécialisés, ainsi que les travaux rendus nécessaires par le déplacement de centaines de postes informatiques à l'occasion des réaménagements;

— les travaux relatifs au passage de Lotus Notes version 4.5.1 à la version 4.6.3, au passage de FaxPress (logiciel de télécopie) version 3.7.3 à la version 5.0, à l'installation de stations de copie de sécurité LS-120 sur chacun des étages des différents édifices du Ministère, ainsi que le début de l'opération de rehaussement de micro-ordinateurs de type Pentium 100 pour des Pentium III;

— le développement et l'implantation de l'intranet ministériel avec le collecticiel Lotus Notes et le maintien du site Internet ministériel;

— la gestion, l'exploitation, la diffusion, l'entretien, l'amélioration, la correction des dysfonctionnements des systèmes existants et des banques de données disponibles;

— la poursuite du développement des systèmes ou l'acquisition de nouveaux systèmes et de nouvelles banques de données destinés à soutenir la mission et les opérations du Ministère;

— le développement d'applications de suivi de l'alimentation des banques « MED-ÉCHO » et « Salles d'urgence » qui sont actuellement en déploiement. Des applications analogues pour les autres banques sociosanitaires dont le service a la charge seront également développées et déployées. Toutes ces applications assurent une transmission sécurisée et seront disponibles aux fournisseurs de données du réseau qui disposent sur leur site la technologie Lotus Notes via le réseau de télécommunication RTSS;

— la poursuite des activités de diffusion des données.

3.9. Les investissements immobiliers et le partenariat économique

3.9.1. Les immobilisations et équipements

En vertu du programme triennal d'investissements 1999-2000 / 2001-2002, le gouvernement a autorisé le Ministère à investir 1 623 612 000 $ pour réaliser des projets capitalisables d'immobilisation, de mobilier et d'équipements ainsi que de technologies de l'information dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. D'ici l'année 2003, il est prévu que ces investissements coûteront au gouvernement la somme de 1 279 299 000 $, le solde (344 313 000 $) étant assumé par différents partenaires.

Comme pour les années précédentes, la grande majorité de ces investissements (1 063 899 000 $) a été destiné au parachèvement de projets déjà autorisés de même qu'au maintien des actifs dans les régions sociosanitaires du Québec. Un budget de 215 400 000 $ a donc été alloué pour la réalisation des nouvelles initiatives. Il a d'abord permis d'entreprendre ou de poursuivre l'exécution de quelque 35 projets d'immobilisations (77 022 000 $), dont l'achat et l'installation d'accélérateurs linéaires au Centre hospitalier universitaire de Québec (12 312 000 $) et au Centre universitaire de santé McGill (10 350 000 $). Une partie de cette somme a servi également à intensifier les efforts du réseau pour moderniser des infrastructures administratives et de soutien (20 000 000 $), et pour l'adaptation à l'an 2000 (58 578 000 $). En ce qui a trait aux technologies de l'information, ce budget a permis de poursuivre le développement et les implantations de systèmes déjà en marche (26 900 000 $).

Pour l'exercice budgétaire 1999-2000, ces investissements auront occasionné des coûts totalisant 529 658 000 $; les projets réalisés sous la gouverne des régies régionales auront entraîné des dépenses évaluées à 288 889 000 $, alors que les frais relatifs aux projets centralisés devraient s'élever à 240 658 000 $.

Enfin, le Ministère a contribué à la mise en œuvre de divers projets centralisés d'immobilisation en amorçant l'étude de 21 nouveaux projets de construction d'une valeur de 193 633 000 $. À la fin de l'année financière 1999-2000, un total de 232 projets évalués à plus de 1 600 000 000 $ étaient en voie de réalisation.

3.9.2. L'approvisionnement et les activités de soutien

En 1999-2000, les achats négociés par l'ensemble des corporations régionales d'approvisionnement — dont le mandat consiste à regrouper les achats de biens et services des établissements du réseau — ont représenté plus de 37 % des achats globaux; soit une somme de 561 565 640 $, sur un montant total de 1 503 115 144 $. Cette activité a permis de réaliser des économies estimées à plus de 56 000 000 $.

Le Ministère a fourni une expertise-conseil aux organismes d'approvisionnement en commun au sujet

du règlement des dossiers complexes. La réglementation et les méthodes d'acquisition dans le domaine de l'approvisionnement sont en voie de révision conformément à l'application des accords de libéralisation des marchés publics.

Le Ministère a poursuivi sa participation cette année aux travaux de sous-groupes chargés de la mise en œuvre des mesures découlant du rapport du Groupe de travail sur les occasions de développement économique liées aux marchés publics qui avait été adoptées, en juin 1998, par le Comité interministériel de coordination des projets économiques. De ces travaux est issu le Conseil québécois des marchés publics, personne morale sans but lucratif regroupant sur une base volontaire tout organisme public qui exerce des activités reliées au domaine des marchés publics.

Dans le même ordre d'idée, le Ministère a également participé à la préparation d'une tournée d'information nationale sur la Politique des marchés publics — adoptée en décembre 1999 — en remplacement de la Politique d'achat du Québec. Cette tournée qui aura lieu d'avril à juin 2000 permettra à toutes les personnes qui interviennent en matière d'approvisionnement des différents réseaux et organismes, dont celui de la santé et des services sociaux, de se familiariser avec cette nouvelle politique.

Pour appuyer la modernisation des infrastructures administratives et de soutien du réseau, le Ministère a mis en place un programme de financement doté d'un montant total pouvant atteindre 66 M $ provenant du Plan triennal des immobilisations (PTI). Composé de trois personnes représentant les régies régionales et de quatre autres issues du Ministère, dont une personne de la direction générale, un comité technique a conçu un cadre de gestion pour ce programme; ses membres ont recommandé le financement de projets qui respectent les critères d'admissibilité déjà établis.

Pour l'année 1999-2000, une somme de 20,0 M $ a été allouée et répartie entre les régies régionales au prorata des dépenses administratives et de soutien. Cette enveloppe a servi à financer des projets respectant un certain nombre de critères, le principal étant d'engendrer des économies correspondant à 30 % de l'investissement exigé.

3.9.3. Le financement des immobilisations du réseau

Pour ce qui est de la gestion des projets d'immobilisation du réseau, ainsi que du service de la dette qui en résulte, le Ministère a assuré, en collaboration avec la CHQ, le suivi et le contrôle budgétaire des projets de construction centralisés. Un montant de 234 500 000 $ a été déboursé au cours de l'année, en plus de la consolidation des emprunts liés aux enveloppes d'immobilisations régionales qui s'élevaient à 198 035 000 $, tandis que des emprunts temporaires mensuels moyens, de l'ordre de 1 462 000 000 $, ont été maintenus sur les marchés financiers par la CHQ afin de financer le programme d'immobilisations et les échéances obligataires en attente de refinancement.

En outre, le Ministère a géré le service de la dette en cours et le programme de financement à long terme des immobilisations effectuées dans le réseau. À cette fin, après les avoir conseillés en la matière, il a autorisé les établissements publics, ou encore la CHQ, à effectuer des emprunts à long terme totalisant 549 784 536 $, en plus de s'assurer du versement de crédits budgétaires au montant de 509 443 200 $, soit la somme nécessaire pour acquitter le service de la dette qui en résulte.

3.9.4. Les transactions immobilières

Au cours de l'année 1999-2000, le Ministère a administré les transactions immobilières effectuées dans le réseau de la santé et des services sociaux, conformément aux dispositions législatives qui requièrent l'autorisation préalable de la ministre et/ou celle du Conseil du trésor. Il a également soutenu les régies régionales et veillé à l'application de la politique relative à la disposition d'immeubles publics excédentaires. Par ailleurs, le Ministère a fourni à la CHQ, jusqu'au 1er décembre 1999, l'expertise nécessaire à la négociation et à l'achat d'immeubles pour la réalisation de projets d'investissements.

3.9.5. Le partenariat économique

Créé en juillet 1997 et rattaché à la Direction générale du budget, des investissements et des technologies de l'information depuis janvier 1999, le Bureau du partenariat économique est issu de la volonté ministérielle de faire reconnaître le secteur public de la santé et des services sociaux comme un véritable outil de développement économique du Québec. Le Bureau constitue pour le milieu des affaires, notamment celui de la santé, l'interlocuteur ministériel avec lequel ils peuvent s'entretenir directement.

Au cours de l'année, le Bureau du partenariat économique a été sollicité pour apprécier neuf projets de partenariat pour le réseau de la santé et des services sociaux; deux ont déjà démarré tandis qu'un troisième a été rejeté (proposition s'apparentant plus à un contrat d'affaires) et que les autres sont toujours en discussion.

Sur le plan des interventions gouvernementales, le Bureau du partenariat économique a reçu les nouvelles orientations en matière de partenariat d'affaire dont il s'est inspiré dans ses discussions sur les propositions de partenariat qui lui ont été acheminées. Les

comités de coordination n'ont pas siégé au cours de l'année, l'accent ayant été porté davantage sur le Conseil canadien et québécois des marchés publics.

En ce qui a trait à l'international, le Bureau du partenariat économique est demeuré très actif dans ses échanges avec le Brésil et la France. Au Brésil, il a participé à deux missions institutionnelles et commerciales à l'État de Goiás, en avril et novembre 1999; il a également reçu trois missions brésiliennes en juillet et septembre 1999, ainsi qu'en mars 2000. En plus de permettre la signature d'ententes de coopération avec la Confédération des Santas Casas de la Miséricorde du Brésil (CMB), ces missions ont été l'occasion d'amorcer des échanges avec un autre regroupement d'hôpitaux du Brésil, Pró-Saúde; le Bureau a notamment piloté la visite de deux représentants de ce groupe, en février dernier, auprès d'institutions et de compagnies québécoises.

Par ailleurs, le comité de coordination du projet Brésil — composé de représentantes et de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Industrie et du Commerce, du ministère des Relations internationales, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et de l'Institut de réadaptation de Montréal — a tenu quatre réunions au cours de l'année qui ont permis d'assurer un suivi et une coordination des activités de chacune des parties dans ces échanges avec le Brésil. Une proposition d'exportation de produits pharmaceutiques génériques et d'expertise en laboratoire a été discutée avec les Brésiliens.

Les échanges du Bureau du partenariat économique avec la France ont entraîné une participation québécoise à l'exposition Intermédica 2000 où l'accent a été mis sur les liens RTSS et la télémédecine.

Enfin, le Bureau du partenariat économique a continué son suivi sur la partie commerciale des vitrines technologiques avec Electromed International Ltée (Hôpital Laval en hémodynamie) et Cifra Médical inc. (les centres hospitaliers universitaires en pédiatrie).

4. La planification stratégique et de l'évaluation

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation a pour mandat de proposer le plan stratégique, les priorités et les orientations devant guider l'action du Ministère et du réseau. À cette fin, elle élabore les politiques concernant les problèmes de santé et de bien-être, les services à la population et l'organisation du réseau de services. De même, elle doit proposer le cadre ministériel d'allocation des ressources. Elle promet la gestion par résultats et mesure la performance du réseau sociosanitaire. Elle évalue la pertinence, les résultats et l'effet des politiques. Elle voit au développement de l'information nécessaire à l'exercice des fonctions ministérielles. Elle assure le développement de la recherche dans les champs d'intervention du Ministère. Finalement, elle coordonne l'action gouvernementale en matière de médicaments.

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation a pour mandat :

— de proposer le plan stratégique, et les orientations devant guider l'action du Ministère et du réseau sociosanitaire;

— de dégager des priorités, de proposer des objectifs en matière de santé et de bien-être ainsi que des paramètres généraux d'organisation et de répartition des ressources, et de formuler des orientations, des politiques et des plans d'action permettant d'atteindre les objectifs retenus;

— de suivre l'évolution des principaux paramètres du système sociosanitaire, de produire et de traiter, aux fins d'analyse comparative, l'information statistique sur la population;

— de concevoir les indicateurs nécessaires au suivi de gestion, à l'analyse de rendement et à l'évaluation du degré d'atteinte de résultats;

— de produire des analyses et des outils d'aide à la prise de décision stratégique pour l'ensemble des fonctions de « régulation » du Ministère, et d'évaluer les politiques, les stratégies, les programmes ainsi que la couverture des services;

— de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère;

— de veiller à l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation joue également un rôle de soutien auprès des autres directions générales. À cet égard, elle a pour mandat :

— de permettre à l'ensemble des directions du Ministère de connaître et de pouvoir utiliser les instruments courants de planification et d'évaluation de façon à soutenir la prise de décision avec les éléments stratégiques les plus pertinents;

— de documenter les phénomènes et les problèmes auxquels le Québec est susceptible d'être confronté, à moyen et à long terme, en matière de santé et de services sociaux, afin d'adapter les orientations en conséquence;

— de favoriser une compréhension intégrée de l'ensemble des facteurs qui permettent d'assurer et de maintenir la cohérence à l'intérieur du système de santé et de services sociaux;

— de suivre les développements les plus importants sur le plan des connaissances et de l'innovation pour en assurer la diffusion et la mise à profit auprès des autorités en cause;

— d'assurer le suivi et l'évaluation du Régime général de l'assurance-médicament et de voir à la coordination des affaires pharmaceutiques pour l'ensemble du Ministère;

— de voir au développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social, et de contribuer au développement de ces mêmes types d'établissements dans le secteur hospitalier.

4.1. La planification stratégique

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation est un lieu de développement et d'intégration des grandes orientations du système de santé et de services sociaux. Son objectif est d'alimenter la prise de décision en fonction de l'analyse des différents phénomènes qui ont ou auront des conséquences sur la demande et sur l'offre de services.

Au cours de l'année, la démarche de planification stratégique a consisté à rendre disponible des outils permettant de mieux définir l'accessibilité aux services, de procéder à une répartition adéquate des ressources sur le territoire, d'assurer la coordination d'un ensemble de producteurs de services et de fixer des objectifs de résultats.

4.2. Les politiques et orientations stratégiques

En ce qui a trait à ses politiques, le Ministère a poursuivi ses travaux visant à définir les lignes directrices des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, et il a amorcé ceux relatifs au nouveau Cadre de référence sur les services à domicile.De plus, des travaux préliminaires ont été entrepris dans le but d'assurer la révision des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être dont l'échéance a été fixée à 2002. Par ailleurs, le Ministère participe à différents groupes interministériels en matière de politique sociale, de planification et de veille stratégique. Enfin, il produit annuellement un plan stratégique qui reflète la direction qu'il entend imprimer à l'organisation des services dans le futur.

Sur le plan de l'allocation des ressources, une mise à jour des profils financiers des programmes destinés aux usagères et aux usagers, de même que l'utilisation des paramètres du modèle d'allocation, ont permis de procéder durant l'année à la répartition des budgets additionnels de 40 M $ pour les services de maintien à domicile et de 20 M $ pour les régions déficitaires sur le plan de l'équité interrégionale et pour les régions nordiques. De plus, on a effectué des analyses financières et mis en place des scénarios de financement relativement au Régime général d'assurance-médicaments.

4.3. La coordination des affaires pharmaceutiques

En ce qui a trait aux activités tenues en 1999-2000, en rapport avec la question des médicaments, notons le suivi du Régime général d'assurance-médicaments, la participation du Ministère aux travaux du Comité fédéral provincial territorial sur les questions pharmaceutiques, ainsi que sa représentation à la Table de concertation Pharmavision regroupant notamment des gens de l'industrie pharmaceutique et du ministère de l'Industrie, du Commerce, des Sciences et de la Technologie; le représentant de la ministre a également assisté aux séances du Conseil consultatif de pharmacologie.

4.4. La révision du régime général d'assurance-médicaments

En conformité avec la Loi sur l'assurance-médicaments (article 86), un rapport intitulé *Évaluation du Régime général d'assurance-médicaments* a été déposé à l'Assemblée nationale le 16 décembre 1999. En réponse à certains problèmes soulevés dans ce rapport portant sur le fonctionnement du régime et sur ses effets, on a envisagé de nouvelles solutions qui ont été présentées dans un document publié le 2 février 2000, sous le titre de *Pistes de révision du Régime général d'assurance-médicaments*.

Conformément à ce même article de la Loi, la Commission des Affaires sociales a tenu des auditions publiques, entre le 22 février et le 29 mars 2000, afin d'entendre les personnes et les groupes intéressés par l'avenir du Régime général d'assurance-médicaments. Au total, 85 mémoires ont été reçus, dont 51 ont fait l'objet d'une présentation devant la Commission. Les propos des personnes et des organismes qui sont venus témoigner à l'occasion de cette consultation ont mis en évidence :

— le bien-fondé du régime et la nécessité de le maintenir;

— l'importance devant être accordée à l'équité, à la transparence et à l'efficacité en ce qui a trait au financement du régime;

— la nécessité de prioriser l'utilisation optimale du médicament;

— l'urgence de contrôler l'évolution des coûts du régime;

— diverses autres préoccupations relativement au fonctionnement du régime, à la politique du médicament et à la couverture des patientes et des patients ambulants.

4.5. Mise en place d'indicateurs et pilotage d'orientation de systèmes d'information

Au cours de l'année, le Ministère a poursuivi la définition d'indicateurs. Il a pu ainsi continuer de suivre l'évolution de la situation au regard des objectifs qu'il s'était fixés. Par exemple, de nombreux indicateurs d'analyse reliés aux accouchements et aux naissances sont maintenant accessibles sur le site Internet du Ministère. La définition d'indicateurs de performance hospitalière s'est également poursuivie.

En juin 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Régies régionales de la Santé ont signé des ententes de gestion. Ces ententes, d'une durée de trois ans, constituent des contrats établissant la performance souhaitée et la responsabilité de chacune des parties qui reconnaissent l'importance de poursuivre des objectifs communs en matière d'organisation de services, d'investissements prioritaires, de gestion des ressources humaines et de retour à l'équilibre budgétaire. Au moment de la signature de l'entente, le Ministère et les Régies conviennent également de prendre des dispositions pour vérifier la progression des résultats au regard des objectifs inscrits dans les ententes de gestion. Les parties se sont

entendues cette année sur les mécanismes à mettre en place pour évaluer l'atteinte des objectifs. Un bilan devrait être disponible à l'automne 2000.

L'année 1999-2000 a été particulièrement marquée par la mise en place d'indicateurs pour le secteur jeunesse. Tout d'abord, un premier document présentant un ensemble exhaustif d'informations statistiques reliées à la protection de la jeunesse a été publié sous le titre de : *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 1998-1999*. De plus, l'équipe du développement d'indicateurs a contribué de près à la publication de certains documents du Ministère produits dans la foulée du Sommet du Québec et de la jeunesse; elle a également été associée au développement d'un argumentaire ministériel relativement à la protection de la jeunesse, à la prévention du suicide, à la toxicomanie et à l'itinérance.

Par ailleurs, de nombreux travaux se sont poursuivis en ce qui a trait au pilotage, au déploiement ou à la consolidation de systèmes d'information, que ce soit dans les secteurs hospitaliers et des salles d'urgence, ou encore pour ce qui est du domaine des naissances, de la jeunesse, des services en CLSC et des personnes âgées en perte d'autonomie.

Sur le chapitre des CLSC, soulignons le déploiement dans toutes les régions du Québec de la solution informatique « Intégration–CLSC ». Parallèlement, le Ministère a publié une nouvelle version du Cadre normatif du système d'information sur les usagères et les usagers des CLSC, et sur les services offerts par ces derniers. Des travaux ont aussi été entrepris pour doter les différents partenaires d'une banque provinciale de données.

En ce qui regarde le secteur hospitalier, les efforts ont été maintenus pour développer l'outillage nécessaire, notamment du côté de MED ÉCHO où une refonte complète du système a été entreprise. De plus, d'importants travaux ont été effectués en vue de l'implantation éventuelle de la nouvelle classification internationale des maladies, la CIM-10.

Enfin, on a amorcé des travaux d'envergure devant mener à une nouvelle architecture et à une réorganisation de l'information, dans le domaine de la santé et des services sociaux.

4.6. Les études évaluatives et la recherche

4.6.1. Évaluation

Le Ministère poursuit son programme d'évaluation du virage ambulatoire effectué dans le cadre de la transformation du réseau en santé physique. Ce programme comprend plusieurs projets dont la réalisation nécessite l'utilisation tant des données agrégées et individuelles extraites des fichiers administratifs que des données individuelles provenant d'enquêtes sur le terrain. Au cours de l'année, deux projets ont été finalisés et sont en voie d'être publiés : « L'évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – Données régionales » et « Réduction de la durée de séjour et réadmission hospitalière pour des problèmes cardiovasculaires ». Une étude est également en cours sur l'analyse de l'évolution de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires chez des groupes plus vulnérables de la population.

Le Ministère a assuré la coordination d'un groupe de travail interministériel chargé d'évaluer la Politique d'intervention en matière de violence conjugale. L'étude principale sur l'évaluation des mécanismes de concertation intersectorielle, instaurés dans les différentes régions du Québec, a fait l'objet d'un rapport dont les résultats ont été diffusés dans les différents réseaux partenaires de la mise en œuvre de la politique. De nouvelles priorités d'évaluation ont été déposées au Ministère pour la suite des travaux.

Le service Info-Santé CLSC a fait l'objet d'un programme provincial d'évaluation depuis sa création en 1994. Le rapport final de cette évaluation a été publié en décembre 1999; il comporte un bilan des services mis en place et une synthèse des différentes études réalisées en vue de déterminer l'efficacité et l'efficience d'Info-Santé CLSC. Des recommandations ont été présentées relativement au financement et à l'évolution future du service. D'autres travaux sont en cours pour développer un système de suivi de la performance d'Info-Santé CLSC, notamment au moyen des ententes de gestion et, pour compléter les connaissances par l'entremise des enquêtes réalisées par Santé-Québec.

Dans le contexte de l'évaluation des orientations ministérielles en matière de planification des naissances, diffusées en 1996, un bilan des plans d'action régionaux a été produit, accompagné d'une mise à jour des indicateurs de résultats reliés aux deux priorités ministérielles, soit la prévention des grossesses chez les adolescentes et l'amélioration de l'accès aux services dans toutes les régions.

Le Ministère assure le financement d'une étude sur les relations entre les modes d'organisation et l'accessibilité aux services psychosociaux pour les enfants âgés de 0 à 12 ans. Cette étude s'intéresse plus particulièrement aux enfants de ce groupe d'âge qui, après évaluation, ne sont pas retenus par les centres jeunesse, ou qui sont dirigés vers un CLSC.

Une étude visant à évaluer la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile a été effectuée au cours

de la dernière année. En plus de tracer le portrait des activités réalisées par les entreprises en les situant dans le contexte du soutien à domicile, ses responsables proposent diverses solutions en ce qui concerne les entreprises et le programme qui les soutient; ils formulent également des observations relatives au développement général des services à domicile.

En appui à la démarche de révision ministérielle du Cadre de référence sur les services à domicile, le Ministère a également mené une étude destinée à analyser les besoins en matière de services d'aide aux familles ainsi qu'aux proches qui s'occupent de personnes vivant en milieu naturel.

Le Ministère a terminé son projet d'évaluation des Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Ce projet visait à mieux saisir le modèle organisationnel des UHRESS et à définir les adaptations possibles et souhaitables pour ces unités, compte tenu des transformations du réseau sociosanitaire québécois et des enjeux actuels et futurs liés à l'évolution du sida.

4.6.2. Études et analyses

Au cours de l'année 1999-2000, plusieurs études et analyses ont contribué à documenter la connaissance des besoins actuels et futurs de la population québécoise, à savoir, les études sur les communautés culturelles, l'enquête sociale et de santé (volet soutien social), les travaux sur l'indice de défavorisation, l'analyse des dépenses de santé selon l'âge. Différents travaux ont permis de mieux comprendre les effets du vieillissement de la population sur les dépenses publiques.

Plusieurs autres travaux, entrepris à la demande de différentes directions générales du Ministère, sont venus appuyer l'élaboration de politiques ou la prise de décision. Ainsi, l'évaluation de la prévalence et de la valeur de l'aide reçue par les personnes ayant des problèmes de santé temporaires ou de longue durée, de même que l'évaluation des mesures de tarification et de financement, contribuent à nourrir les travaux de révision du Cadre de référence sur les services à domicile. La participation de la DGPSÉ à l'enquête québécoise sur les limitations d'activités, de même que les projections démographiques des besoins quant aux effets du vieillissement de la population, ont permis de mieux définir les lignes directrices des services continus pour les personnes âgées en perte d'autonomie. L'analyse de l'évolution de la demande de services médicaux constitue également une contribution importante de la direction en ce qui a trait aux prévisions des effectifs.

Des analyses comparatives portant sur l'organisation des systèmes de santé et sur l'état de santé des populations ont été amorcées ou complétées; par exemple, des comparaisons Québec-Ontario sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Une étude sur l'indicateur dépenses de santé / PIB dans un contexte de comparaisons interprovinciales et canadiennes est en cours. Enfin, au cours de l'année, on a particulièrement veillé à mettre à profit l'expertise déjà en place aux fins de transfert des connaissances et du développement de l'innovation.

4.6.3. Recherche

Les crédits totaux alloués au programme de recherche du Ministère, en 1999-2000, ont été de 6 138 300 $ soit :

— 1,7 M $ pour les enquêtes de Santé-Québec à l'Institut de la statistique du Québec, de qui relève maintenant Santé-Québec;

— 600 000 $ pour de la recherche et du développement dans le système du sang à la suite de la mise en place de Héma-Québec;

— 2,29 M $ pour le développement du réseau d'établissements de centres et d'instituts universitaires, dont une partie a été alloué au soutien à l'enseignement;

— 1 548 300 $ pour le Programme de recherche en planification et évaluation de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation (DGPSE). Ces subventions visent le développement de connaissances qui revêtent une importance stratégique pour le Ministère. Elles sont gérées à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation qui s'assure du bon déroulement des projets et de leur suivi, qu'il soit d'ordre financier, administratif ou autre.

4.6.4. Partenaires

Le Ministère a agi de façon concertée avec les organismes qui, depuis décembre 1998, sont sous la responsabilité du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, soit le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS). La participation active d'un observateur du Ministère aux conseils d'administration du FRSQ et du CQRS a facilité la concertation des efforts en matière de recherche. En particulier, des programmes conjoints MSSS-FRSQ, MSSS-CQRS et MSSS-FRSQ-CQRS ont permis de concrétiser cette concertation.

Par ailleurs, le Ministère a poursuivi son engagement dans la gestion sectorielle des démarches en rapport avec les fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Soulignons également la participation active du Ministère à étude portant sur l'évaluation des projets québécois subventionnés par le FASS.

4.6.5. Programmes conjoints

- de subventions de recherche
  - FRSQ – CQRS – MSSS en santé mentale
  - FRSQ – MSSS, en collaboration avec le FCRSS, recherche appliquée en services de santé
  - CQRS – MSSS, sur l'organisation des services sociaux
- de centres de recherche

FRSQ – CQRS – MSSS, centres de recherche interdisciplinaire en réadaptation et intégration

4.6.6. Infrastructures

Depuis août 1998 – dans le cadre du programme d'investissement de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) –, 71 projets dont le coût total est évalué à 93 750 000 $ ont été autorisés dans le réseau sociosanitaire québécois. La quote-part du Ministère s'élève à 29 592 000 $. Parmi ces projets, on retrouve 64 projets régionalisés et 7 projets centralisés (1 M $ et plus).

4.6.7. Frais indirects

En collaboration avec la Direction du budget, le dossier des frais indirects de la recherche a fait l'objet d'un règlement, au sujet d'un problème qui était récurrent depuis plusieurs années. Diverses contributions ministérielles pour des frais indirects avaient été annoncées pour des projets d'immobilisations réalisés au cours des ans, mais elles n'avaient pas encore été honorées. Le règlement a permis de régler tous les problèmes accumulés jusqu'à ce jour, ceux de l'année en cours et ceux à venir.

4.7. Comités interministériels et extraministériels

Au cours de la dernière année, le Ministère a participé à divers projets et a collaboré à plusieurs comités interministériels et extraministériels comportant une dimension de recherche dont :

— le projet « Autonomie-santé-innovation », financé par le Fonds de développement technologique, visant à favoriser des recherches pour le mieux-être des personnes handicapées;

— le Comité sur l'élaboration de la politique scientifique gouvernementale, conjointement avec le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST);

— le Groupe de travail technique sur une méthode de collecte de données, placé sous l'égide du MRST, à qui l'on doit la publication du *Portrait global de l'intervention gouvernementale en science, technologie et innovation, éléments à considérer*;

— le Consortium de l'Observatoire des sciences et des technologies (OST), de l'INRS-Urbanisation et de l'UQAM, dont les travaux portent sur diverses mesures des activités scientifiques et techniques au Québec;

— un projet financé conjointement avec le CQRS sur le transfert des connaissances;

— le Comité des fondateurs de la revue Médecine-Sciences.

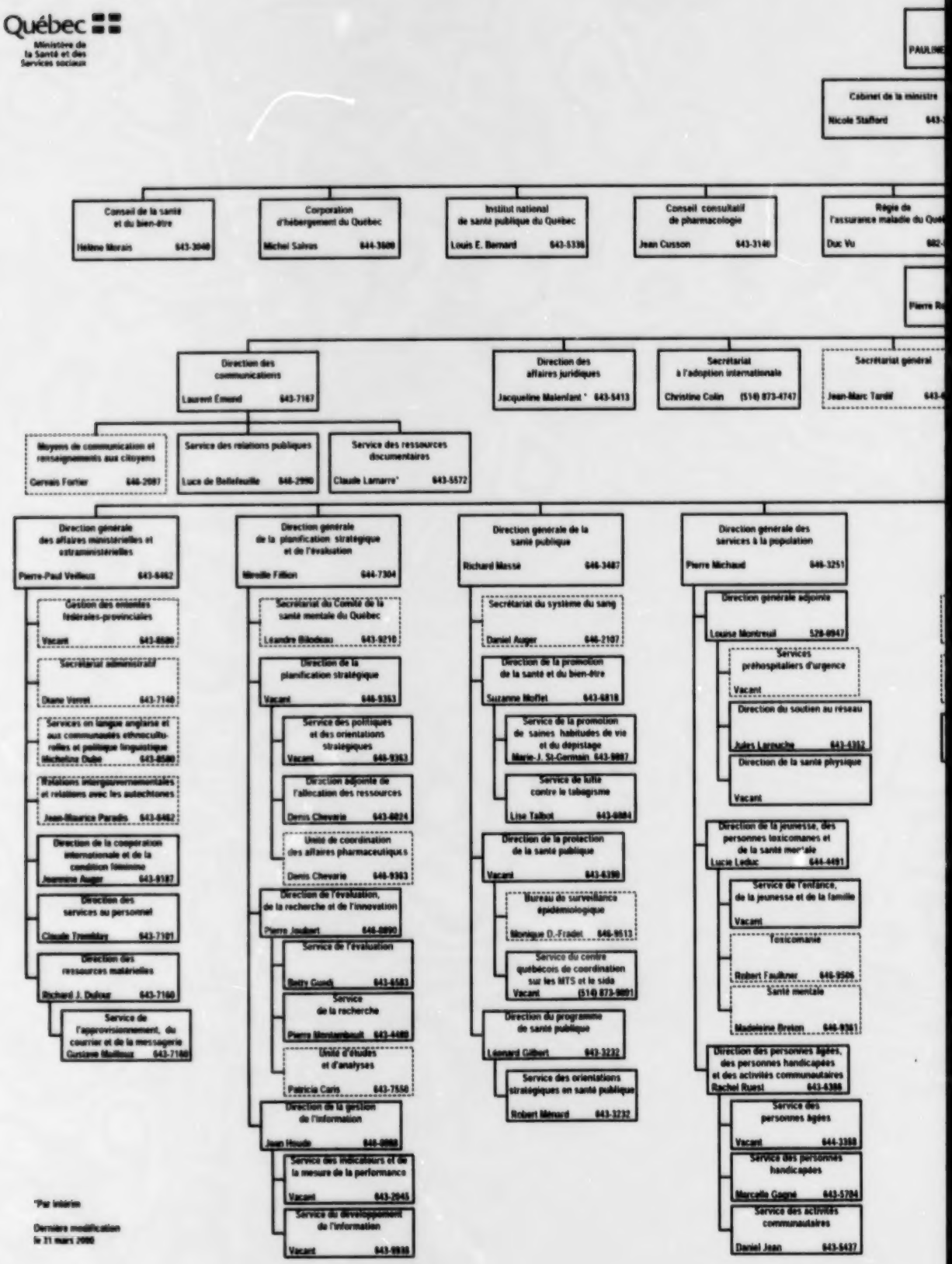
4.7.1. Système d'information

La banque d'information sur la recherche sociale et en santé (BRSS) – disponible pour consultation dans Internet (http://www.msss.qc.ca/fr/statisti/barechso) –, a permis de répondre à de multiples demandes d'information et à de nombreuses analyses sectorielles, selon, par exemple, le thème de recherche, la clientèle visée, les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), les subventions par région ou par discipline; plus de 800 personnes par mois consultent cette banque sur Internet. En réponse à une demande du bureau québécois de l'Année internationale des personnes âgées (AIPA), parrainée par l'ONU en 1999, la BRSS a permis de produire un bilan de recherche sur les personnes âgées qui a donné lieu à un ouvrage sous le titre de : *Les personnes âgées dans la mire des chercheurs, Profil de la recherche subventionnée au Québec de 1980 à 1998.*

Les résultats de ce travail ont été présentés par les deux principaux auteurs à la Quatrième Conférence mondiale sur le vieillissement de la Fédération internationale du vieillissement, qui s'est tenue à Montréal en septembre 1999.

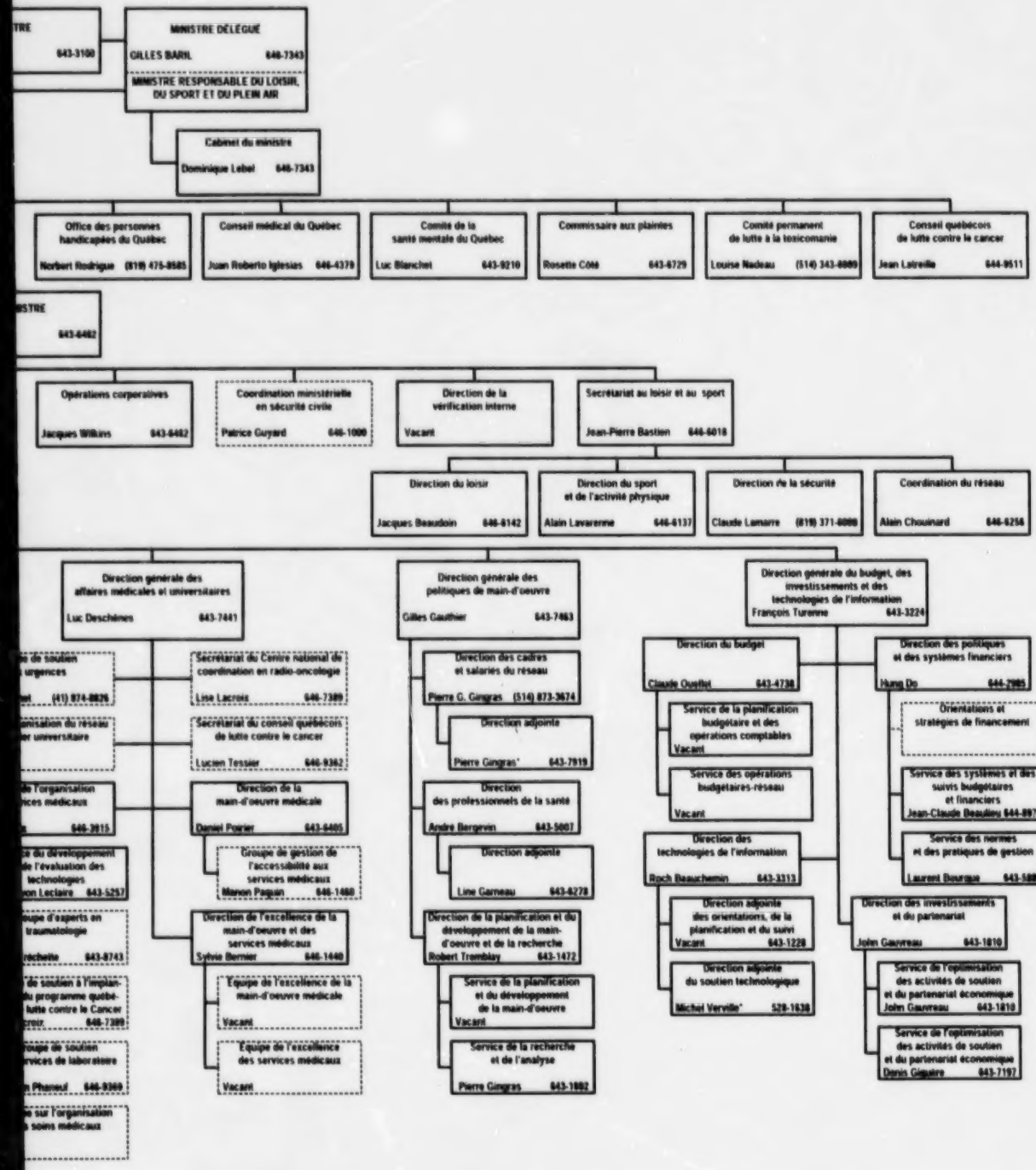
En ce qui a trait au suivi des objectifs et des orientations du Ministère en recherche, le tableau ci-annexé (voir Annexe 5) permet de suivre l'évolution des subventions accordées selon les objectifs de la PSBE depuis la mise en vigueur de la PSBE, en 1992,

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux



*Par intérim

Dernière modification le 31 mars 2000


MINISTRE DÉLÉGUÉ
GILLES BARIL 646-7343
MINISTRE RESPONSABLE DU LOISIR, DU SPORT ET DU PLEIN AIR
Cabinet du ministre
Dominique Lebel 646-7343
Office des personnes handicapées du Québec
Norbert Rodrigue (819) 475-8585
Conseil médical du Québec
Juan Roberto Iglesias 646-4379
Comité de la santé mentale du Québec
Luc Blanchet 643-9210
Commissaire aux plaintes
Rosette Côté 643-6729
Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Louise Nadeau (514) 343-6880
Conseil québécois de lutte contre le cancer
Jean Latreille 644-9511
643-6482
Opérations corporatives
Jacques Wilkins 643-6482
Coordination ministérielle en sécurité civile
Patrice Guyard 646-1000
Direction de la vérification interne
Vacant
Secrétariat au loisir et au sport
Jean-Pierre Bastien 646-6018
Direction du loisir
Jacques Beaudoin 646-6142
Direction du sport et de l'activité physique
Alain Lavarenne 646-6137
Direction de la sécurité
Claude Lamarre (819) 371-6000
Coordination du réseau
Alain Chouinard 646-6256
Direction générale des affaires médicales et universitaires
Luc Deschênes 643-7441
Secrétariat du Centre national de coordination en radio-oncologie
Line Lacroix 646-7389
Secrétariat du conseil québécois de lutte contre le cancer
Lucien Tessier 646-9362
Direction de la main-d'oeuvre médicale
Daniel Poirier 643-6405
Groupe de gestion de l'accessibilité aux services médicaux
Manon Paquin 646-1460
Direction de l'excellence de la main-d'oeuvre et des services médicaux
Sylvie Bernier 646-1440
Équipe de l'excellence de la main-d'oeuvre médicale
Vacant
Équipe de l'excellence des services médicaux
Vacant
Direction générale des politiques de main-d'oeuvre
Gilles Gauthier 643-7463
Direction des cadres et salariés du réseau
Pierre G. Gingras (514) 873-3674
Direction adjointe
Pierre Gingras* 643-7919
Direction des professionnels de la santé
André Bergevin 643-5007
Direction adjointe
Line Garneau 643-6278
Direction de la planification et du développement de la main-d'oeuvre et de la recherche
Robert Tremblay 643-1472
Service de la planification et du développement de la main-d'oeuvre
Vacant
Service de la recherche et de l'analyse
Pierre Gingras 643-1882
Direction générale du budget, des investissements et des technologies de l'information
François Turenne 643-3224
Direction du budget
Claude Ouellet 643-4738
Service de la planification budgétaire et des opérations comptables
Vacant
Service des opérations budgétaires-réseau
Vacant
Direction des technologies de l'information
Roch Beauchemin 643-3313
Direction adjointe des orientations, de la planification et du suivi
Vacant 643-1228
Direction adjointe du soutien technologique
Michel Verville* 528-1638
Direction des politiques et des systèmes financiers
Hung Do 644-7985
Orientations et stratégies de financement
Service des systèmes et des suivis budgétaires et financiers
Jean-Claude Beaulieu 644-8971
Service des normes et des pratiques de gestion
Laurent Bourque 643-5899
Direction des investissements et du partenariat
John Gauvreau 643-1810
Service de l'optimisation des activités de soutien et du partenariat économique
John Gauvreau 643-1810
Service de l'optimisation des activités de soutien et du partenariat économique
Denis Giguère 643-7197

et ce, quel que soit l'organisme de subvention (Programme de subvention en santé publique, Conseil québécois de la recherche sociale, Fonds pour la recherche en santé du Québec, Programme national de recherche-développement en matière de santé, etc.).

4.7.2. Éthique de la recherche

À l'occasion de la mise en application du Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique, un comité de suivi composé de représentantes et de représentants du Ministère, du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), du Collège des médecins du Québec et des associations d'établissements a été constitué en mars 1999. Dans la même foulée, la première partie des résultats de la mise à jour de l'enquête nationale sur les comités d'éthique au Québec réalisée en 1991 a donné lieu, à l'automne 1999, à la publication du *Rapport d'enquête concernant les activités des comités d'éthique clinique et des comités d'éthique de la recherche au Québec*, lequel est associé aux demandes de suivi et d'implantation du plan d'action ministériel. Ce rapport, qui dresse un portrait des comités d'éthique, soulignait notamment la nécessité d'établir des mécanismes favorisant l'échange des connaissances et les collaborations en ce domaine. La deuxième partie de l'enquête, amorcée en janvier 2000, donnera lieu à la création d'un répertoire sur les ressources en éthique au Québec visant à combler le besoin de collaboration et d'échange de connaissances en la matière.

L'application des nouvelles dispositions de l'article 21 du Code civil, quant à l'approbation des projets de recherche sur les personnes mineures ou majeures inaptes, a amené la ministre à désigner 37 comités d'éthique de la recherche pour une période transitoire d'un an. Les premières désignations transitoires arrivant à échéance, une procédure administrative a été mise en place en vue de reconduire le processus de désignation des comités pour une période de trois ans.

Enfin, des modifications ont été apportées à la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2) pour préciser l'étendue des pouvoirs de la directrice ou du directeur des services professionnels (DSP) d'un établissement, au moment d'accorder au personnel professionnel de la santé un droit d'accès aux dossiers des usagères et des usagers pour des fins de recherche, d'étude, ou d'enseignement. La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux en matière d'accès au dossier de l'usager (projet de Loi 27) est entrée en vigueur, par règlement gouvernemental, le 1er janvier 2000.

4.8. Développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social (établissements autres que les centres hospitaliers)

Dans la foulée du développement du réseau universitaire dans le secteur social, la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation a participé activement aux travaux du Comité aviseur présidé par monsieur Clermont Bégin, de la Faculté des Sciences de l'administration de l'Université Laval (Comité Bégin). Ainsi, sur recommandation du comité en mai 1999, et après consultation du ministère de l'Éducation, la ministre de la Santé et des Services sociaux a désignée le CLSC Haute-Ville (région de Québec) à titre de centre affilié universitaire (art. 91, LSSSS) à l'Université Laval.

En septembre 1999, les autorités du Ministère ont adopté un rapport d'étape quant aux besoins de soutien financier des établissements (autres que les centres hospitaliers) désignés instituts universitaires ou centres affiliés. Ce rapport est à l'origine d'une décision d'allocation financière conjointe MSSS-CQRS pour l'année 1999-2000, dans sept établissements désignés universitaires (quatre instituts et trois centres affiliés).

Soulignons également, en novembre 1999, la diffusion d'un guide d'interprétation des critères servant à désigner un établissement à titre d'institut universitaire (art. 90 de la LSSSS), de même que le dépôt d'un rapport d'évaluation faisant état d'une demande visant à maintenir le statut d'institut universitaire du CLSC René-Cassin (art. 90 de la LSSSS); demande qui, sur recommandation du comité, a été rejetée par la ministre de la Santé et des Services sociaux en février 2000.

En décembre 1999, le Ministère a diffusé un quatrième appel de candidatures de CLSC à titre de centre affilié universitaire (art. 91 de la LSSSS); la date de tombée est le 2 octobre 2000. Enfin, en janvier 2000, un représentant du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie a été désigné au sein du comité, à la suite de l'adoption de la Loi sur le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, en juin 1999.

4.9. Développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur hospitalier

La Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation a piloté l'analyse des demandes de désignation de l'hôpital Hôtel-Dieu de Lévis et du Centre universitaire de santé McGill. Ces analyses ont donné

lieu à des recommandations positives qui ont été acheminées à la ministre afin que l'Hôtel-Dieu de Lévis soit reconnu comme centre hospitalier affilié universitaire (CHAU), et que le Centre universitaire de santé McGill soit reconnu comme centre hospitalier universitaire (CHU).

Ces analyses ont été effectuées en mettant à contribution les représentantes et les représentants des directions en cause au Ministère, du FRSQ, du Collège des médecins du Québec et du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST).

4.10. Réseau des établissements désignés et autres

• **Le réseau des établissements désignés universitaires**		
	Centres hospitaliers universitaires (CHU)	**Centres affiliés universitaires (CAU)**
Université de Montréal	Hôpital Ste-Justine	Sacré-Cœur Maisonneuve-Rosemont
Université McGill	CUSM (Hôpital général de Montréal, Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Royal Victoria et Institut neurologique de Montréal)	CLSC Côte-des-Neiges
Université Laval	CHUQ (CHUL, Hôtel-Dieu, Saint-François d'Assise)	CHAUQ (Enfant-Jésus, Saint-Sacrement) Hôtel-Dieu de Lévis CLSC Haute-Ville
Université de Sherbrooke	CUSE (CHUS et Hôtel-Dieu de Sherbrooke)	CLSC Gaston-Lessard
	Instituts universitaires (IU) (Institut santé)	**Instituts universitaires (IU) (Institut social)**
Université de Montréal	Institut de cardiologie de Montréal Institut universitaire de gériâtrie de Montréal	Les Centres jeunesse de Montréal
Université McGill		
Université Laval	Hôpital Laval	Centre jeunesse de Québec Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (Centre François-Charon, Centre Cardinal-Villeneuve, Centre Louis-Hébert et Centre Dominique Tremblay)
Université de Sherbrooke	Institut universitaire de gériâtrie de Sherbrooke (Sherbrooke Hospital et Hôpital d'Youville)	
• **Centres de recherche dans des établissements autres (non désignés)**		
Université de Montréal	L.-H. Lafontaine Institut de recherche clinique Montréal CHUM (Saint-Luc, Notre-Dame et Hôtel-Dieu de Montréal) (lettre d'intention déposée en vue d'une désignation universitaire)	
Université McGill	Douglas Général Juif de Montréal	
Université Laval	Laval-Robert-Giffard	

4.11. Vérificateur général

Le secteur de la coordination et du financement de la recherche en santé et services sociaux a fait l'objet d'un vaste examen du Vérificateur général du Québec tout au long de l'année. La collaboration a été intense et les échanges, nombreux, afin de bien diagnostiquer l'état de ce secteur. Le *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1998-1999* a été publié et les suggestions qu'on y retrouve sur le sujet ont été longuement étudiées par les responsables du Service, qui se sont appliqués à préparer un plan d'action en vue de donner suite à tout un ensemble de recommandations.

5. Les politiques de main-d'œuvre

La Direction générale des politiques de main-d'œuvre a pour mandat de développer des programmes et réaliser des études et recherches en vue de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs de main-d'œuvre. Elle mobilise les partenaires dans l'application des orientations en matière de ressources humaines et elle négocie des conditions de travail favorisant l'accès aux services et la prestation de services de qualité.

Elle a aussi pour mandat de représenter le Ministère pour tout ce qui concerne la préparation, la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes, des régimes et des mesures touchant le personnel cadre et salarié du réseau, le personnel professionnel de la santé et l'organisation afférente aux services régionaux et locaux. À cette fin et en ces matières, elle s'occupe des relations avec les instances syndicales et corporatives ainsi qu'avec les régies régionales et les autres partenaires du Ministère, en plus de coordonner les différents processus de négociation, de liaison, de concertation et de communication, et d'intervenir à titre de participant ou de décideur dans les situations et les dossiers requérant un soutien d'ensemble ou spécialisé.

Elle doit mener des études, des recherches et des analyses liées à la planification et au développement des ressources humaines ainsi qu'à la rémunération et aux autres conditions de travail et d'exercice, proposer des orientations et des politiques en ces matières et coordonner l'application générale et le suivi des programmes et des mesures qui en découlent. Enfin, elle conseille le Ministère en matière de planification et de développement des ressources humaines ainsi qu'en matière de relations et de conditions de travail, et fournit aux partenaires ainsi qu'aux instances du réseau l'expertise et l'assistance en ces domaines.

5.1. Le personnel salarié du réseau

5.1.1. Une année de négociation

La période 1999-2000 a été marquée par la négociation des conventions collectives du personnel salarié des établissements publics et privés conventionnés de santé et de services sociaux qui étaient échues depuis le 30 juin 1998. Des ententes de principe sont intervenues avec tous les groupes syndicaux au cours de cette période. Les infirmières et les infirmiers syndiqués avec la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec ont fait une grève illégale au cours de l'été 1999.

Les ententes avec les organisations syndicales prévoient des augmentations générales des échelles de salaire au 1er janvier, de 1,5 % en 1999 et 2,5 % pour les années 2000/2001 et 2002. Les infirmières et les infirmiers, de même que les techniciennes et les techniciens de la santé, ont obtenu un ajustement salarial particulier et l'assurance que les travaux conjoints avec le gouvernement sur les relativités salariales se poursuivront. Les infirmières et les infirmiers ont obtenu, en outre, un forfaitaire de 3 % pour 1999. Les primes de disponibilité, de nuit et de sécuritaire ont été également ajustées à la hausse ou étendues à d'autres personnes salariées.

Des modifications ont aussi été apportées au régime de retraite relativement aux critères d'admissibilité, à l'accumulation du service pour les salariés à temps partiel, à l'indexation des rentes, à la réduction temporaire du taux de cotisation et à la revalorisation des crédits de rente.

Sur le plan normatif, les principales modifications touchent l'assurance salaire quant à la définition d'invalidité et à l'arbitrage médical; la conversion des heures de remplacement en postes réguliers pour réduire la précarité des emplois, une équité plus complète entre les personnes salariées qui travaillent à temps plein et celles qui travaillent à temps partiel quant à la compensation en pourcentage de certains avantages sociaux (congés fériés, vacances, congés maladie). D'autres modifications s'appliquent à l'orientation des personnes nouvellement salariées, à l'ancienneté, aux congés sans solde et aux titres d'emploi.

En ce qui a trait à la sécurité et à la stabilité d'emploi, les mandats des services régionaux de main-d'œuvre ont été reconduits, tandis que les ententes avec les organisations syndicales prévoient dorénavant la formation de comités paritaires régionaux chargés d'effectuer un suivi du processus de replacement. Un comité national a été institué pour régler les difficultés liées aux réorganisations entre établissements.

5.1.2. La sécurité et la stabilité d'emploi

Des efforts particuliers ont été déployés pour réduire les banques de personnels bénéficiant de la sécurité et de la stabilité d'emploi. Grâce à l'injection de sommes non récurrentes de la part du Ministère, les régies régionales ont travaillé à trouver des solutions pour régler plusieurs dossiers. Ainsi, le nombre de personnes bénéficiant de la sécurité d'emploi est passé de plus de 1 000 au 31 mars 1999 à moins de 700 au

31 mars dernier. Du côté du personnel cadre, moins de 500 occupent toujours un emploi stable, alors que ce chiffre avoisinait 800 au 31 mars 1999. Les efforts seront poursuivis, en 2000-2001, pour replacer plus rapidement et utiliser davantage la main-d'œuvre excédentaire.

5.1.3. Le dossier des infirmières et des infirmiers

La pénurie d'infirmières et d'infirmiers a entraîné plusieurs travaux de réorganisation dans les établissements, dont ceux reliés au fardeau de tâches et à la conversion des heures de remplacement en postes. Le MSSS a également mis en branle un plan de contingence, à l'été 1999, pour maintenir les soins tout en accordant au personnel en cause des vacances.

Ainsi, le Ministère, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, les régies régionales, les cégeps et Emploi-Québec ont mené une opération d'envergure pour attirer dans les établissements un certain nombre d'infirmières et d'infirmiers qui n'avaient pas exercé la profession depuis quelques années, et à qui on a offert de mettre à jour leurs connaissances ainsi qu'une garantie d'heures de travail. Cette opération aura permis d'augmenter les effectifs infirmiers de plus de 300 personnes.

5.2. Le personnel d'encadrement du réseau

5.2.1. Modifications aux conditions de travail

Les pourparlers avec les associations représentatives des cadres et des hors-cadres du réseau se sont conclus en 1999-2000. Ces pourparlers portent sur certaines dispositions normatives des conditions de travail, notamment celles ayant trait à la stabilité d'emploi, à la classification, à la cotisation professionnelle, aux mécanismes de recours et au développement des compétences.

Des discussions ont eu cours entre le Secrétariat du Conseil du trésor et les associations représentatives des cadres des secteurs de l'Éducation, de la Fonction publique et de la Santé et des Services sociaux sur les paramètres d'ajustement de la rémunération et sur les modifications à apporter au régime de retraite du personnel d'encadrement. De plus, à l'été 1999, le gouvernement a levé le moratoire sur les bonis au rendement, ce qui a permis au Ministère d'autoriser un boni de 2 % aux cadres et hors-cadres pour l'année 1998-1999. Pour les années subséquentes, des discussions sont en cours entre le Ministère, les associations d'employeurs et les associations de cadres pour convenir d'un système d'évaluation axé sur la performance des établissements.

5.2.2. La classification

Un effort particulier a été réalisé, en 1999, pour mettre à jour la classification des hors-cadres et des cadres supérieurs. Compte tenu des transformations et des regroupements d'établissements, plusieurs cadres et hors-cadres ont vu leur classe salariale augmentée. Dans ce dossier, les travaux se poursuivent pour alléger les processus et confier davantage de responsabilités aux établissements.

Autres

Parmi ses activités courantes, la direction s'est surtout investie dans les travaux liés aux dossiers suivants : interprétation des décrets de conditions de travail des cadres; validation des contrats d'engagement des directrices et des directeurs généraux.

5.3. Le personnel professionnel de la santé

Accords et ententes avec les fédérations et les associations

Au cours de la dernière année, la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont convenu de sept amendements à l'Accord-cadre intervenu avec les médecins spécialistes, le 1er octobre 1995. Ces modifications s'inscrivent à l'intérieur de la négociation permanente que le Ministère mène avec la Fédération. Quatre d'entre elles visent à introduire de nouvelles mesures d'accessibilité à des services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population québécoise. La plus importante de ces mesures consiste en une révision en profondeur des plafonnements généraux de gains de pratique qui, dans un premier temps, exempte de l'application des plafonnements tout revenu gagné en établissement et, dans un deuxième temps, accorde un dégrèvement plus important avant que ne s'appliquent les plafonnements aux revenus en cabinet privé. L'autre moyen privilégié par les parties, afin de pallier aux situations de crise, prévoit le versement d'un montant forfaitaire payable aux médecins spécialistes qui participent, par l'intermédiaire d'un groupe concerté, à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés.

Une autre modification apportée à l'Accord-cadre touche la rémunération progressive : elle a pour but de rétablir la pleine rémunération pour les médecins spécialistes qui débutent l'exercice de leur spécialité dans les régions intermédiaires et les régions désignées. Cette mesure a aussi pour objet de ramener de quatre à trois années la durée de l'application de la

rémunération progressive applicable désormais dans les seules régions universitaires. Elle permet, en outre, la reconnaissance de la formation surspécialisée qui vient également réduire la durée de l'application de la pénalité pour une durée équivalente au double de la durée de cette formation surspécialisée.

Les parties en cause ont aussi renouvelé, pour l'année civile 1999, l'entente auxiliaire relative à l'assurance responsabilité professionnelle en limitant la contribution des médecins spécialistes à un montant maximum de 4 900 $ par année, leur assurant ainsi la parité avec leurs homologues ontariens.

Enfin, l'implantation du mode de rémunération mixte s'est poursuivie dans les différents établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux. Une entente est intervenue sur les modèles applicables à plus de 20 spécialités, permettant ainsi à 1 644 médecins spécialistes de se convertir à ce nouveau mode de rémunération pour un équivalent de 1 126 ETP.

L'entente générale MSSS-FMOQ est échue depuis le 1er avril 1998. Les négociations quant à son renouvellement ont commencé en novembre 1999, aussitôt que les modifications financières s'appliquant aux secteurs public et parapublic ont été connues. Ces négociations se sont intensifiées et devraient se dénouer au début du mois de mai 2000.

Durant la dernière année, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Ministère ont convenu de certaines ententes dans le but de favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux et une meilleure organisation des services. Ainsi, sur une base de projet-pilote, les parties ont conclu une entente particulière visant à permettre une rémunération plus adéquate des services prodigués aux malades admis en soins de courte durée au Centre hospitalier régional de Sept-Îles. Cette entente instaure, à l'intention des équipes régulières de médecins, un mode de rémunération à partir d'un forfait quotidien plus un pourcentage du tarif des actes posés. L'expérimentation s'étant avérée très concluante, cette entente sera étendue à d'autres établissements dont le mode d'organisation quant à l'offre des soins est analogue.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Ministère ont également convenu d'une entente particulière relativement à la rémunération des activités du chef de département de médecine générale en centre hospitalier qui, jusqu'en septembre 1999, n'était aucunement rémunéré pour occuper cette fonction. Ils se sont aussi entendus pour ce qui est des conditions de rémunération du chef du département régional de médecine générale (DRMG) et des membres du comité de direction. Soulignons, également, qu'une entente particulière a été mise en place pour permettre la rémunération selon le mode du tarif horaire au Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval.

Le renouvellement de l'entente avec la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a été signé en juin 1999. Cette nouvelle entente couvre la période du 1er janvier 1996 au 30 juin 2002. Les principaux points traités portent sur la reconnaissance du moniteur clinique, sur l'augmentation de l'enveloppe prévue pour le remboursement des frais de déplacement ou de logement requis dans le cas d'un stage obligatoire, et sur le remboursement d'une partie des frais de scolarité.

L'entente de principe intervenue, le 29 mars 2000, avec l'Association des pharmaciens en établissement de santé (APES) a été acceptée par l'assemblée générale, le 12 avril 2000. Cette entente prévoit un redressement de l'échelle salariale de 5 % à l'échelon maximum à compter du 1er avril 1999. Les paramètres salariaux sont les mêmes que ceux consentis aux autres personnes salariées du 1er janvier 1997 au 30 juin 2002, date de l'échéance prévue. La semaine de travail de 35 heures a été majorée à 36 h 15 dès la signature de l'entente. À compter du 1er janvier 2000, les primes de chef de département de pharmacie ont été intégrées aux échelles.

La Direction des professionnels de la santé a également poursuivi les discussions pour le renouvellement de l'entente avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et le règlement sur les conditions de travail des biochimistes cliniques.

L'entente avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec (ASCBMFQ) a été actualisée et prolongée jusqu'au 31 mars 2001. Un amendement à l'Accord-cadre a été apporté à l'entente avec l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ), le 1er octobre 1999. Le normatif, les avantages sociaux, les mesures incitatives et l'entente du Grand Nord ont été révisés.

Un protocole d'entente a été signé, le 14 mars 2000, avec l'Ordre des sages-femmes du Québec. Cette entente est valable pour la période comprise entre le 1er janvier 1997 et la date de la nouvelle entente, conformément à la Loi sur les sages-femmes sanctionnée le 19 juin 1999. Cette loi contient des dispositions relatives aux contrats de services avec un CLSC et la conclusion d'une entente, notamment, quant aux modes de rémunération.

5.4. La main-d'œuvre non médicale

Il appartient au Ministère de s'assurer d'une adéquation entre la demande de main-d'œuvre autant du point de vue quantitatif que du point de vue qualitatif.

Le Ministère ne pouvant exercer ce rôle isolément, il doit — à partir de forums ou de groupes de travail —, mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations reliées à la planification des effectifs et proposer des plans d'actions à partir de consensus établis sur la problématique en cause et d'une vision commune entre les associations d'employeurs et les associations de personnels.

Le Ministère a conçu et mis en place un modèle quantitatif de prévisions de main-d'œuvre, de sorte qu'il pourra prévoir, à court et à moyen terme, les besoins de recrutement pour les différentes catégories d'emploi du réseau dans le but de planifier en conséquence les besoins de formation de main-d'œuvre avec le ministère de l'Éducation. Plus particulièrement, ce modèle permet de comparer les besoins futurs de recrutement pour les différents titres d'emploi du réseau avec les prévisions des personnes diplômées dans ces programmes.

En plus de ce modèle quantitatif et du « monitoring » permanent qu'il permet, le Ministère a réalisé des travaux plus poussés portant sur des groupes présentant des problématiques particulières. Des groupes de travail sur la planification de la main-d'œuvre pour les technologues en radio oncologie, et pour les physiciennes et les physiciens médicaux, ont soumis des plans d'action visant à solutionner les pénuries en cause. Des travaux similaires sont en cours pour les infirmières et les infirmiers, les pharmaciennes et les pharmaciens, les biochimistes cliniques et le personnel d'encadrement.

5.5. Le Programme Santé et Sécurité du travail dans le Réseau

En vertu de leur mandat, les responsables du Programme Santé et Sécurité du travail dans le Réseau doivent préciser et diffuser les orientations du réseau en ce qui a trait à la gestion de la présence au travail. Ils représentent également le réseau auprès des instances tels le Conseil du trésor, la CSST et le Conseil du patronat du Québec. De plus, ils définissent, reçoivent et analysent les indicateurs de gestion relatifs à la présence au travail. Ils doivent également s'assurer d'une disponibilité suffisante en qualité et quantité d'outils de gestion en la matière.

5.5.1. Représentation

L'une des activités principales du programme est de faire reconnaître les particularités du réseau de la santé et des services sociaux aux divers interlocuteurs, telle la CSST. Au cours de la dernière année, ses responsables ont, entre autres, évalué et analysé :

— le projet de règlement sur la qualité du milieu de travail;

— des projets de reclassification en matière de financement des employeurs;

— le projet visant à modifier les règlements inhérents aux groupes prioritaires.

En outre, afin de représenter les intérêts du réseau auprès de différents interlocuteurs, les responsables du Programme SST-Réseau ont maintenu leur participation au cours de la dernière année, en collaboration avec les partenaires des réseaux public et parapublic, à différents forums dont le Forum gouvernemental auquel ont notamment collaboré le Secrétariat du Conseil du trésor, les associations d'employeurs du réseau de la santé et des services sociaux, de même que les représentantes et les représentants des secteurs de la fonction publique et de l'éducation. S'est ajouté à cela leur participation au Comité intersectoriel sur l'assurance traitement, mis sur pied pour donner suite au rapport du Vérificateur général de 1996, ainsi qu'à celui de la Commission sur l'administration publique produit en 1997. En 1999, le rapport issu du suivi du Vérificateur général a été rendu public.

Les interventions soutenues auprès de la CSST et du Conseil du patronat ont eu pour effet de sensibiliser ces derniers aux caractéristiques particulières du réseau de la santé et des services sociaux. Cette sensibilisation se traduit, notamment, par l'intégration des responsables du Programme GST-Réseau au processus de consultation de ces organisations.

5.5.2. Indicateurs de gestion

Un logiciel de gestion (PRASAT) conçu par l'équipe du Programme SST-Réseau est maintenant à la disposition des employeurs du réseau. Les objectifs poursuivis pour la mise au point de ce logiciel sont de :

— rendre disponible aux employeurs du réseau un outil de collecte de données leur permettant de suivre localement l'évolution des régimes d'indemnisation en fonction des mesures de gestion et de prévention mises en place;

— rendre accessible au Ministère et aux régies régionales une banque de données uniformes et contemporaines permettant d'établir le portrait régional ou national de l'évolution des régimes d'indemnisation (assurance salaire, CSST) grâce aux indicateurs de gestion prédéterminés.

5.5.3. Disponibilité de services spécialisés

5.5.3.1. Mise en commun régionale

De concert avec les partenaires du réseau, les responsables du Programme SST-Réseau ont poursuivi les activités en matière de mise en commun de services spécialisés régionaux pour la gestion de la présence au travail afin de permettre à chaque

établissement, indépendamment de leur taille, l'accessibilité à une gamme complète des services nécessaires à la gestion de la présence au travail.

À la suite des études de besoins et de l'évaluation quant à la disponibilité des ressources existantes, les responsables du programme ont soutenu les démarches d'actualisation de divers projets régionaux.

Au projet de l'Outaouais, le Bureau régional de la santé et de la sécurité du travail (BSSTO), se sont ajoutés trois nouveaux projets régionaux pour les régions de l'Estrie, de la Gaspésie et du Bas St-Laurent. La région de Québec maintient, depuis 2 ans, une mise en commun partielle au point de vue de la région. Grâce à ses efforts visant à gérer la présence au travail, la région de l'Outaouais se classe au second rang de l'ensemble des régions du Québec pour le ratio en assurance salaire, alors qu'à la naissance (1993-1994) du projet elle se situait plutôt au 13^{e} rang; en ce qui a trait aux autres régions, il est trop tôt pour discuter des résultats des mises en commun.

5.5.3.2. Services-conseils en assurance salaire

Ces services visent à soutenir les employeurs qui n'ont pas accès à des services de spécialistes de prise de décision en matière de régimes d'assurance salaire.

Ce service est appelé à être remplacé par la mise en commun de services en région. Ainsi, au cours de la dernière année, les régions de l'Outaouais, de l'Estrie, de la Gaspésie et du Bas St-Laurent ont assumé localement ces services au moyen de telles mises en commun.

À l'occasion d'une vaste enquête dans le secteur public, la Commission d'accès à l'information a accueilli positivement les divers procédés et procédures utilisés par l'équipe du Programme SST-Réseau dans le cadre de la protection des renseignements personnels au sein de ce service.

5.6. Les orientations en ressources humaines

Le Ministère a poursuivi la promotion et la mise en œuvre des orientations en matière de ressources humaines, publiées l'année précédente.

Le 16 septembre 1999, le Ministère a organisé un rendez-vous annuel à l'intention du personnel d'encadrement. Cette rencontre a, notamment, permis de tracer un bilan des actions entreprises pour favoriser le développement du personnel d'encadrement et de préciser les actions prioritaires devant être réalisées pour donner suite aux besoins exprimés par les participantes et les participants.

Le 22 novembre 1999, le Ministère procédait au lancement de sa politique de développement des compétences à l'intention du personnel d'encadrement, laquelle prévoit les mesures à privilégier pour le développement des gestionnaires.

6. Les services à la population

La Direction générale des services à la population a pour mandat d'assurer l'application, par les régies régionales et le réseau de services, des orientations ministérielles en matière de services à la population et de prévoir à cette fin les stratégies d'implantation les plus appropriées. Elle doit établir et développer, avec les partenaires du système du secteur, les liens de collaboration et de concertation nécessaires à la connaissance des problèmes et, de façon générale, développer l'expertise dans les champs de la santé physique, de la santé mentale, de l'adaptation sociale (enfance, jeunesse, famille et personnes toxicomanes), de l'intégration sociale (personnes âgées et personnes handicapées) et des ressources et activités communautaires.

La direction générale agit comme interlocuteur privilégié auprès des groupes représentatifs qui font connaître les besoins et les attentes des usagères et des usagers quant à l'organisation des services dans ces champs d'activité. Sur la base des orientations ministérielles, elle établit les plans d'action appropriés en ce qui concerne l'adaptation des services, les ressources nécessaires à leur réalisation, les interventions prioritaires et les changements souhaités sur le plan des pratiques et des approches pour améliorer l'accès aux services et la qualité de ces services.

La direction générale coordonne la collecte, le traitement et l'exploitation de l'information utile pour mesurer les services fournis à la population ainsi que le degré d'atteinte des objectifs ministériels d'accessibilité et de qualité à l'égard de ces services et, de façon générale, elle assure le suivi des ententes et des engagements des partenaires (règles, établissements, organismes communautaires) à l'égard de ces services, conformément aux mécanismes de reddition des comptes.

Elle coordonne, à titre d'interlocuteur principal, les liaisons formelles avec les régies régionales et, à ce titre, fournit le soutien nécessaire au bon fonctionnement du Comité de concertation du Ministère et des régies ainsi que la Table de concertation des ministres et des présidentes et présidents des régies régionales et assure la liaison avec la Table des directrices et directeurs d'organisation des services des régies régionales.

Elle contribue à la résolution des problèmes et des situations pouvant ponctuellement compromettre le bon fonctionnement et la qualité des services à la population ainsi que l'accès à ces services. De même, elle a pour mandat d'assumer la préparation et le suivi de la correspondance et des communications en réponse aux demandes des usagères et des usagers, des prestateurs de services, des organismes et des associations sur toute matière liée aux services à la population.

La Direction générale des services à la population élabore les orientations ministérielles en matière de services dans certains secteurs plus particuliers tels les services préhospitaliers d'urgence, les services offerts par les organismes communautaires, y compris l'économie sociale, ainsi que les ressources résidentielles liées aux services publics et elle agit comme interlocuteur ministériel auprès des groupes représentatifs de ces secteurs et en suit l'évolution. Enfin, elle maintient et développe des liens de collaboration et de concertation nécessaires avec les instances multisectorielles gouvernementales et non gouvernementales intéressées et soutient les instances politiques dans le processus législatif et parlementaire.

Au cours de l'année, les principales réalisations de la Direction générale des services à la population ont touché les secteurs suivants : le soutien au réseau, la santé physique, les services préhospitaliers d'urgence, la déficience intellectuelle et physique, les ressources d'hébergement substituts tels les familles d'accueil, les organismes communautaires, l'économie sociale, les services à la jeunesse et les problèmes relatifs au suicide, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et au jeu pathologique.

6.1. Le soutien au réseau

L'équipe de soutien du réseau assure les liens fonctionnels et opérationnels entre le Ministère et les régies régionales. À ce titre, elle coordonne et appuie un ensemble d'activités ayant trait à la gestion et à l'organisation des services dans chacune des régions et participe étroitement à la réalisation des travaux que nécessitent le suivi des activités du réseau et la contribution du Ministère à divers forums. Cela inclut également l'émission et le renouvellement des permis requis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que par la Loi sur la protection de la santé publique.

Outre ses activités régulières visant à soutenir les régies régionales dans l'exercice de leur mandat, et à appuyer les autorités ministérielles dans l'exercice de leurs responsabilités quant à la gestion d'ensemble du système sociosanitaire, l'équipe de soutien au réseau a été tout particulièrement mobilisée, cette année, par :

— la finalisation du contenu des ententes de gestion MSSS–Régies régionales déterminant, pour chacune des régions, les résultats visés en matière d'organisation et d'accès aux services, ainsi que les objectifs souhaités sur le plan budgétaire;

— la mise en place d'un mécanisme de suivi de ces ententes de gestion;

— la mise en place et le suivi des administrations provisoires d'établissements;

— l'organisation des élections des conseils d'administration des établissements;

— le soutien et le suivi des dossiers prioritaires dans chacune des régions reliés aux orientations ministérielles en matière d'organisation et d'accès aux services.

6.2. La santé physique

6.2.1. La pratique des sages-femmes

La Loi sur les sages-femmes est entrée en vigueur le 24 septembre 1999. Cette loi a créé un ordre professionnel dont les membres exerceront une profession d'exercice exclusif et elle fixe les modalités d'intégration des sages-femmes au réseau de la santé et des services sociaux. Au cours des derniers six mois, la direction a procédé à la mise en œuvre de cette intégration en soutenant les régies régionales dans l'adaptation et le développement des services sages-femmes, selon le nouveau cadre légal, ainsi qu'en préparant un plan d'intégration de ces services dans les services de périnatalité.

La direction a également collaboré à la conception de protocoles d'entente entre les centres hospitaliers et les CLSC pour permettre aux sages-femmes d'y accompagner leurs patientes, et elle a négocié des conditions de travail avec l'organisme représentatif des sages-femmes.

6.2.2. Virage ambulatoire en périnatalité

Dans le contexte du virage ambulatoire, le temps d'hospitalisation au moment de la naissance d'un enfant a été réduit dans plusieurs centres hospitaliers. Afin de guider la mise en place de programmes de congé précoce en périnatalité, le Ministère a publié, en collaboration avec des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, le document *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité*. En plus d'énumérer les conditions essentielles à l'organisation d'un programme de congé précoce, ce document présente les services et les soins qui devraient être offerts à la mère et au bébé au cours des jours qui suivent leur départ du centre hospitalier; il a été transmis, en janvier 2000, aux intervenantes et aux intervenants du réseau qui travaillent dans le domaine de la périnatalité dans chacune des régions.

6.2.3. Médicaments et fournitures offerts aux patientes et aux patients ambulants

À la suite de l'entrée en vigueur du Régime général d'assurance-médicaments, le Ministère a analysé les conséquences de son application en CLSC et dans les centres hospitaliers. Un comité — sur lequel siégeaient les associations du réseau —, a été mandaté afin de prévoir des dispositions permettant d'assurer l'accessibilité, l'équité et le financement des médicaments, des fournitures et des services pharmaceutiques nécessaires aux patientes et aux patients ambulants pour leur traitement et l'administration de leurs médicaments à domicile, au CLSC ainsi qu'au centre hospitalier.

Un rapport d'enquête effectué à l'aide d'un questionnaire a permis de mettre en lumière des situations problématiques. Au cours de la prochaine année, des solutions seront proposées afin d'éviter toute iniquité et de s'assurer que l'offre de services pharmaceutiques en CLSC est adéquate.

6.2.4. Réseau intégré des soins palliatifs

En collaboration avec l'Association des soins palliatifs du Québec, une collecte de données a été réalisée afin de mieux connaître l'état et le développement des services palliatifs dans les établissements de santé. Cette enquête visait notamment à connaître l'état des ressources en soins palliatifs, l'écart entre les besoins et les ressources afin de prévoir un développement approprié des services et, enfin, les modèles d'organisation de services.

Le résultat de cette enquête a été déposé en avril 2000. Ce document servira de base dans l'élaboration des orientations ministérielles pour les soins palliatifs, qui devraient être rendues publiques au cours de la prochaine année.

6.3. Les services préhospitaliers d'urgence

Le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, présidé par M. André Dicaire, a débuté ses travaux au mois d'octobre dernier. Ce comité doit adopter une vision intégrée et unifiée de ce secteur. Les orientations retenues par le comité visent à fournir aux Québécoises et aux Québécois une réponse proportionnelle à leurs besoins par des moyens adaptés, et à maintenir l'équité et la qualité dans l'accès aux services.

Cette révision des services préhospitaliers d'urgence suscite un vif intérêt dans le milieu de la santé et des services sociaux, et l'on fonde déjà de grandes

attentes sur ses résultats. Plusieurs groupes d'intérêts, certains interpellés directement par la présente démarche, souhaitent que leurs préoccupations trouvent écho auprès du comité. L'adhésion par le milieu aux recommandations et aux actions proposées représente une des conditions préalables à la réussite du processus.

Un rapport sur le sujet sera remis à la ministre de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2000.

L'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec représente un budget annuel de 200,3 M $ répartis dans chacune des régions sociosanitaires. Ces services sont offerts par plus de 3100 techniciennes et techniciens ambulanciers qui ont effectué plus de 455 000 transports au cours de la dernière année.

6.4. La déficience intellectuelle et physique

6.4.1. Les programmes d'aide technique

À la suite du transfert du programme des aides techniques à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et aux régies régionales, le réseau de la santé et des services sociaux a connu une première année complète d'administration et d'attribution des aides techniques. Ce programme, administré auparavant par l'Office des personnes handicapées couvre des secteurs diversifiés tels l'oxygénothérapie, la ventilothérapie et l'hémodialyse à domicile, l'alimentation entérale, les chaussures orthéthiques, les aides à la communication les aides à la vie quotidienne et domestique, les aides pour les fonctions d'élimination, les aides pour les laryngectomies partielles et les aides pour le contrôle de l'environnement.

Au cours de l'année, le Ministère a ajouté une somme récurrente de 4 000 000 $, ce qui a porté le montant global consacré annuellement aux aides techniques et aux fournitures à environ 14 000 000 $. Il s'agit d'une augmentation importante qui permet d'améliorer la couverture et l'accessibilité de ces aides essentielles pour l'intégration sociale des personnes handicapées.

6.4.2. La déficience intellectuelle

Une vaste consultation a été réalisée sur le projet d'une politique clientèle à l'égard du soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux proches. Cette consultation menée par un groupe de travail a permis de constater un large consensus autour des orientations et de la gamme des services proposés. Les organismes consultés ont également fait valoir l'importance d'inclure cette politique un plan d'action qui en facilitera l'implantation. Les travaux se poursuivent pour intégrer les commentaires issus de la consultation et préparer le plan en question. La politique devrait être rendue publique à l'automne 2000.

6.4.3. L'intégration sociale des personnes handicapées

Le Ministère est préoccupé par l'intégration sociale des personnes handicapées, que celles-ci aient une déficience physique ou intellectuelle ou encore un trouble envahissant du développement, comme par exemple l'autisme. Au cours de l'année, le Ministère s'est engagé dans des dossiers conjoints avec d'autres ministères afin de favoriser le maintien des personnes handicapées dans leur communauté et dans leurs milieux de vie. Il s'est associé, notamment, avec le ministère de la Solidarité sociale et d'Emploi du Québec pour expérimenter un projet visant à démontrer les conditions optimales nécessaires à l'intégration au travail des personnes handicapées. Le Ministère a également travaillé de concert avec le ministère de l'Éducation à la révision de la politique en adaptation scolaire, ainsi qu'avec le ministère de la Famille et de l'Enfance afin de préciser leurs responsabilités respectives quant à l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde; le Ministère soutient à cet effet un projet-pilote dans la région de Québec axé sur un projet d'accompagnement des enfants handicapés dans les services de garde. Enfin, le Ministère a collaboré avec le ministère des Transports du Québec pour mener à bien des travaux portant sur l'accessibilité et sur l'amélioration des services de transport adapté, ainsi qu'avec le ministère de la Culture et des Communications, afin de favoriser l'accès à des médias substituts à la lecture pour les personnes ayant une déficience visuelle.

6.5. Les ressources d'hébergement substituts (familles d'accueil et ressources intermédiaires)

6.5.1. Les familles d'accueil

Le Ministère a participé aux travaux visant à analyser la pratique professionnelle en matière d'encadrement des familles d'accueil pour les jeunes en difficulté, qui devraient se terminer au cours de l'année 2000. Il a aussi apporté son soutien à la révision du contrat type pour les résidences d'accueil et les familles d'accueil. Enfin, il a entrepris des études sur la fiscalité et la taxation des services en relation avec les ressources de type familiale.

6.5.2. Ressources intermédiaires

Le Ministère poursuit le cheminement des travaux visant la mise en œuvre des articles de la Loi régissant les ressources intermédiaires. Ainsi, à la

suite de l'adoption des modifications législatives relatives à la définition et aux modalités de rétribution, le Ministère et les régies régionales ont retenu la recommandation du comité de travail privilégiant une échelle unique des taux de rétribution, qui sera appliquée au cours de l'année financière 2000-2001.

De plus, le Règlement établissant la classification des services préparé par six ministères a été adopté, ce qui a contribué à l'application du Cadre de référence des ressources intermédiaires.

6.6. Les organismes communautaires

Le Programme de soutien aux organismes communautaires s'adresse aux organismes communautaires et aux bénévoles qui sont actifs dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il a pour objectifs de favoriser la reconnaissance et la promotion de l'action communautaire et bénévole, d'offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes communautaires et les appuyer financièrement.

Les régies régionales assument la responsabilité de l'évaluation et de l'attribution des subventions aux organismes communautaires à rayonnement local ou régional. Le Ministère assure, quant à lui, la responsabilité des organismes à rayonnement national, des organismes qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux et des regroupements nationaux d'organismes communautaires de la région sociosanitaire des Régions Cries-de-la-Baie-James.

Les dix-sept régies régionales ont accordé des subventions pour un montant total de 208 393 819 $ à plus de 2 600 organismes communautaires. De son côté, le Ministère a accordé des subventions totalisant 4 286 621 $, à plus de cent organismes.

Au cours de l'année, le Ministère a poursuivi plusieurs travaux sur des dossiers auxquels ont participé divers organismes communautaires. Ainsi, il a collaboré avec le Secrétariat à l'action communautaire autonome à l'élaboration d'une politique gouvernementale de reconnaissance et de financement des organismes communautaires. Il s'est concerté également avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), avec le ministère de la Famille et de l'Enfance, et avec le Secrétariat à l'action communautaire pour attribuer des subventions aux organismes communautaires. Le Ministère a aussi participé à la démarche de réflexion sur l'état de développement et sur les perspectives de soutien et de financement des maisons des jeunes au sein d'un comité de travail, et il a collaboré avec la Société d'habitation du Québec (SHQ) et la Société centrale d'hypothèque et de logement(SCHL) au Programme d'amélioration des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale (PAMH); depuis janvier 2000, ce dernier comprend les mesures de sécurité.

6.7. L'économie sociale

6.7.1. Les entreprises d'économie sociale en aide domestique

L'année 1999-2000 a constitué la troisième année d'application du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) visant à exempter les personnes admissibles d'une partie des frais d'aide domestique (4,00 $ de base et 6,00 $ complémentaires selon la situation financière et la taille du ménage). Outre de favoriser l'accès à un service d'aide domestique, ce programme vise également à contrer le travail au noir et à développer des emplois de qualité.

Au cours de la dernière année, les dépenses des entreprises d'économie se sont élevées à 21 162 700 $. On comptait alors 102 entreprises d'économie sociale reconnues et accréditées à travers la province; près de 3 000 personnes salariées travaillant exclusivement en aide domestique et plus de 28 000 ménages ont pu bénéficier des services offerts.

Par ailleurs, le Ministère a confié à des instances régionales (comité bipartite composé des représentantes et des représentants des régies régionales et des conseils régionaux de l'économie sociale), la responsabilité de reconnaître les entreprises d'économie sociale. La RAMQ a reçu, pour sa part, le mandat de voir aux réclamations des entreprises quant au paiement des sommes exonérées.

Le Ministère a aussi collaboré avec le ministère des Finances, le ministère du Revenu, la Régie de l'assurance-maladie du Québec et le Service de paie Desjardins (SPD) afin d'assurer une mise en place harmonieuse, au 1er janvier 2000, d'un crédit d'impôt remboursable pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, décision qui avait été annoncé dans le Discours du budget de 9 mars 1999.

Le Ministère a aussi continué d'accorder priorité aux interventions destinées à aider et à soutenir le démarrage de 27 nouvelles entreprises

6.7.2. Les centres de ressources périnatales

À l'occasion du Sommet sur l'économie et l'emploi, le chantier d'économie sociale — de concert avec le promoteur Regroupement québécois naissance-renaissance —, avait déposé un projet d'expérimentation triennal d'une quinzaine de centres en périnatalité, répartis dans différentes régions du Québec. L'implantation de ces centres créerait ainsi quelque 165 emplois s'adressant majoritairement aux femmes.

Six projets d'entreprises ont fait l'objet d'un suivi l'année dernière dans les régions suivantes : Laurentides (2), Chaudière-Appalaches, Estrie, Lanaudière et Bas-Saint-Laurent ; six autres projets sont actuellement à l'étude dans cinq régions différentes.

6.8. Les services à la jeunesse et à la famille

Par ailleurs, à la suite du dépôt, en juillet 1998, du rapport intitulé *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse*, le mandat du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse (Comité Lebon) s'est prolongé afin d'assurer la mise en application des recommandations contenues dans ce premier rapport

Le 18 février 2000, le deuxième rapport de ce comité, Liste d'attente en protection de la jeunesse et accessibilité aux services à la jeunesse, Bilan 1998-1999, Le rapport Lebon a été rendu public. Le document fait état de l'évolution de la situation et des résultats positifs obtenus.

Le mandat du comité a de nouveau été prolongé d'une année afin de proposer des « normes nationales » dans le secteur de la protection de la jeunesse et de procéder à un inventaire des ressources et des services jeunesse dans les CLSC.

6.8.1. Le suivi des listes d'attente en protection de la jeunesse

Dans le cadre du Plan d'action triennal pour contrer la détresse sociale chez les jeunes, un montant de 12,5 M $ a été alloué particulièrement pour les jeunes en protection de la jeunesse. Ces sommes ont principalement servi à augmenter les ressources pour l'évaluation des signalements effectués, à rehausser le nombre de places en hébergement et à améliorer l'accessibilité aux services psycho-sociaux et de réadaptation.

Parallèlement à cet investissement, le Ministère a réalisé des travaux en collaboration avec le réseau afin d'améliorer la coordination des interventions et de favoriser l'intégration des services aux jeunes (CLSC-Centre-jeunesse). De plus, une démarche d'arrimage avec le réseau de l'éducation a été amorcé afin de développer une vision globale des services offerts aux jeunes. Sur le plan des ressources humaines, des efforts importants ont été consacrés pour pallier à la difficulté de recruter des intervenantes et des intervenants dans le domaine. Ainsi, un chantier national de formation a été amorcé afin de développer les compétences des intervenantes et des intervenants, et celles des gestionnaires. Ce programme qui s'amorcera en 2000-2001 s'échelonnera sur trois ans.

6.8.2. Le jeu pathologique

Par ailleurs, en concertation avec les régies régionales, l'Institut national de la santé publique et l'Université Laval, le Ministère a entrepris les travaux, en vue d'implanter au cours des deux prochaines années un Programme expérimental 2000-2005 pour prévenir, réduire et traiter les problèmes reliés aux jeux de hasard et d'argent. Ce programme visera l'ensemble des régions du Québec et certaines d'entre elles feront l'objet de sites expérimentaux plus intensifs. Le montant de 44 M $ dégagé en mars dernier par le gouvernement permettra de subventionner les travaux et les activités consacrés au soutien et au traitement des personnes aux prises avec un tel problème.

6.8.3. Le Sommet du Québec et de la jeunesse

À l'occasion du Sommet du Québec et de la jeunesse, le Ministère a conçu et présenté un projet concernant le renforcement des activités de promotion et de prévention, des services d'aide et de soutien aux familles en difficulté d'adaptation et la mise en place d'un réseau local de services intégrés destiné à soutenir le développement des jeunes et de leur famille.

Ce projet a été retenu et les programmes permettant son implantation seront mis au point au cours de la prochaine année.

6.8.4. Réduction de la violence à l'endroit des personnes

La réduction de la violence à l'endroit des personnes constituait une des cibles d'action incluses dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. À cet égard, le Ministère a poursuivi ses travaux en vue de mettre au point des lignes directrices en matière d'agression sexuelle. D'autres travaux d'importance ont également été menés dans ce domaine soit :

— la mise à jour de la trousse médicolégale, sans prélèvements médicolégaux, et celle du *Guide d'intervention médicosociale à l'intention des victimes de viol* (enfants, adolescentes et adolescents, hommes et femmes);

— la collaboration du Ministère à la révision de l'entente multisectorielle pour les enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique;

— le financement de recherches portant, entre autres, sur l'état des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels et sur les conséquences entourant la prise en charge par les services sociaux et judiciaires des enfants victimes d'agression sexuelle.

Une formation sur le *Protocole de dépistage systématique de la violence* a également été offerte à l'ensemble des cadres, ainsi qu'aux intervenantes et aux intervenants des CLSC la phase II de la campagne de sensibilisation « La violence c'est pas toujours frappant mais ça fait toujours mal » a été réalisée.

6.8.5. Le dossier du « Ritalin »

Le groupe de travail associant le ministère de l'Éducation a complété ses travaux portant sur l'usage des stimulants du système nerveux central pour le traitement du trouble de l'attention/hyperactivité chez les enfants d'âge scolaire. Le rapport du comité ainsi qu'une proposition d'un plan d'action ministériel ayant été déposé, les mesures proposées seront appliquées au cours de la prochaine année, et ce, en concertation avec le ministère de l'Éducation.

6.9. La santé mentale

6.9.1. Plan de transformation des services de santé mentale

En novembre 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à un groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale le mandat de soutenir et d'appuyer l'implantation du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, rendu public en décembre 1998; la première action du groupe a été de dresser le bilan de cette implantation dans chacune des régions du Québec.

Les échanges avec les partenaires régionaux ont porté sur les enjeux majeurs du plan d'action. Ils visaient notamment à faire le point sur la mise en place des huit services envisagés, sur celle des réseaux de services et sur l'existence de conditions de réussite quant à la transformation des services; on a cherché également à valider les indicateurs de résultats disponibles.

Le groupe d'appui a recueilli des propos tenus sur le sujet autant par des usagères et des usagers du service de santé et de services sociaux que par des familles, des intervenantes et des intervenants, et des responsables du système. Le résultat de cette tournée guidera la préparation du *Rendez-vous sur la santé mentale*, qui aura lieu en septembre 2000, et la suite de la démarche d'implantation.

En matière de prévention du suicide dans le cadre du Plan d'action pour contrer la détresse sociale chez les jeunes, le Ministère a réparti entre les différentes régions un budget récurrent de 3,5 M $ pour assurer la généralisation des services d'intervention téléphonique 24 heures par jour, sept jours semaine, à la grandeur du Québec. Près de 830 000 $ ont également été alloués à la réalisation de dix-huit projets d'intervention auprès des personnes qui présentent le plus de risque de suicide et de tentative de suicide. Le comité MSSS-régies de mise en œuvre de la Stratégie québécoise a poursuivi ses travaux pour une meilleure coordination des interventions. Des efforts particuliers ont été consentis pour soutenir différentes initiatives entourant la prévention du suicide dans les centres jeunesse, au développement d'activités de formation auprès des omnipraticiennes et des omnipraticiens et à un meilleur contrôle des moyens d'action.

6.10. Alcoolisme, toxicomanie et suicide

Dans le cadre du Plan d'action pour contrer la détresse sociale chez les jeunes, un budget récurrent de 9 M $ a été versé pour la réalisation de projets nationaux et la mise en place de services dans l'ensemble des régions.

Parmi les projets nationaux, mentionnons :

— le démarrage d'une campagne triennale de prévention de la détresse chez les jeunes de 12 à 15 ans. À partir du thème « Parler, c'est grandir », cette campagne vise à réduire l'apparition de problèmes tels que le suicide, la toxicomanie, le décrochage scolaire ou la délinquance en sensibilisant les jeunes à l'importance de développer des compétences personnelles et sociales pour faire face aux difficultés de la vie. Diverses stratégies sont prévues pour rejoindre les jeunes et leurs parents, dont la diffusion de messages publicitaires à la télévision et au cinéma et des activités de sensibilisation dans les écoles;

— la mise en application d'un mécanisme de certification des organismes communautaires et privés offrant de l'intervention en toxicomanie avec hébergement. Cette certification servira à protéger le public en s'assurant que les conditions d'accueil des personnes toxicomanes sont sécuritaires sur les plans physique, psychologique et moral. La préparation d'un guide de certification par un groupe d'experts a permis d'entamer la démarche.

Conformément au *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001* du Ministère, les budgets régionaux de développement ont été utilisés pour améliorer l'accessibilité des services dans l'ensemble des régions. Ils ont notamment permis de développer des services offerts à des groupes particuliers dont les jeunes, les mères toxicomanes, les personnes atteintes de la double problématique toxicomanie/santé mentale ainsi que pour le traitement à la méthadone d'héroïnomanes.

Le Ministère a collaboré, à l'automne 1999, à la tenue de la Semaine de prévention de la toxicomanie, visant plus particulièrement les jeunes et leurs parents, ainsi que les adultes en milieu de travail.

6.10.1. Dossiers avec les communautés cries et les inuits

Dans la foulée du Sommet du Québec et de la jeunesse, le Ministère a annoncé la mise en place d'un réseau communautaire de maisons d'accueil pour les jeunes Inuits. Les montants qui y seront investis, à compter de l'an 2001-2002, permettront l'embauche de personnel et la mise en place de programmes d'intervention et d'activité afin notamment de prévenir la consommation de drogues et d'alcool, de prévenir également le suicide, d'apporter une aide pour les travaux scolaires ,de favoriser une meilleure alimentation et de promouvoir l'activité physique.

Par ailleurs, pour ce qui est de la communauté crie, une entente a été conclue, le 10 novembre 1999, entre la ministre et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James quant à la mise en place d'un processus destiné à établir les priorités, les résultats attendus, le cadre de financement et les mécanismes d'imputabilité. À la suite de cette entente, un groupe de travail conjoint a été formé, lequel s'est réuni au cours de l'année afin d'établir ses règles de fonctionnement. Au cours de la prochaine année, le groupe de travail verra à établir un plan de travail afin de donner suite aux éléments de l'entente.

Afin de soutenir l'ensemble de l'opération, la Direction générale des services à la population s'est adjointe des partenaires extérieurs. Ainsi, la firme CGI a eu le mandat de concevoir une banque centrale de données et de fournir le support technique nécessaire ainsi que l'expertise appropriée auprès de la direction pour la conception des cahiers d'adaptation. Elle fournit également l'expertise technique dans le domaine des équipements informatiques. Le Groupe de génie biomédical de la Montérégie (GBM) a eu le mandat, pour sa part, de transmettre son expertise technique dans le domaine des équipements biomédicaux, tandis que les firmes d'ingénieurs-conseils, Génivar et Bouthillette, Parizeau et Associés (BPA) ont livré l'expertise technique des équipements généraux et spécialisés.

7. L'adaptation à l'an 2000

En octobre 1998, le Ministère a crée, sous l'autorité immédiate de la sous-ministre, la Direction générale de l'adaptation à l'an 2000 (DGAA 2000), afin de s'assurer que le réseau de la santé et des services sociaux franchisse le cap de l'an 2000 sans problème.

En vertu de son mandat, la DGAA 2000 devait adopter toutes les mesures nécessaires pour assurer le maintien, sans interruption, de l'offre de services de santé et des services sociaux à la population au moment du passage à l'an 2000. Ce mandat couvrait les équipements biomédicaux, les équipements et les systèmes informatiques ainsi que les installations matérielles, incluant les systèmes de télécommunication.

L'objectif étant d'éviter toute atteinte à la santé et à la sécurité de la population, une stratégie reposant sur une approche de gestion participative et décentralisée a été retenue. Cette stratégie rendait chaque régie régionale responsable de l'ensemble des mesures de sa région, et chaque établissement responsable de la préparation et de l'actualisation de son plan d'adaptation.

Le plan d'adaptation d'un établissement comprenait :

— l'inventaire de tous ses équipements et les systèmes biomédicaux, informatiques et généraux;

— la détermination de leur état de conformité par rapport à leur capacité de franchir le cap de l'an 2000 sans problème;

— l'application des mesures d'adaptation destinées à contourner les effets appréhendés du passage à l'an 2000 sur les équipements et les systèmes en cause;

— un plan de relève faisant état des mesures préventives destinées à limiter les conséquences des pannes inattendues et imprévisibles;

— les coûts anticipés de son plan d'adaptation.

Le Ministère, pour sa part, s'assurait de la coordination d'ensemble ainsi que de la préparation et de la diffusion d'outils communs, dont la détermination de paramètres de gestion.

Parmi ces outils mentionnons :

— une banque centrale de données conviviale, transparente et accessible;

— différents guides pour aider les diverses catégories d'établissements à préparer leur plan d'adaptation;

— des avis de spécialistes techniques, cliniques et juridiques sur des problématiques particulières, reliées au passage à l'an 2000.

À titre d'exemple, des rapports détaillés ont été émis sur la conformité des systèmes d'information utilisés dans les laboratoires, des systèmes de monitoring, des appareils d'échographie, des défibrillateurs. Des avis généraux de conformité ont également été émis, tels ceux sur les cardiostimulateurs, les fauteuils motorisés, les lève patients, les lits électriques et les thermomètres électroniques.

Un plan de communication a été préparé dans une perspective de complémentarité et d'interdépendance, d'une part, entre le Ministère et les régies régionales et, d'autre part, en coordination avec les autres ministères intéressés. La stratégie reposait sur des moyens de communication adaptés aux groupes ciblés et l'uniformité des messages véhiculés par le réseau.

La démarche du réseau étant axée sur la participation active tant des gestionnaires que des cliniciennes et des cliniciens du réseau, elle a mis à contribution les régies régionales et les établissements.

Notons, de façon particulière, que les guides destinés à la préparation des plans de relève des secteurs de soins et de services cliniques ont été conçus par des professionnelles et des professionnels en poste dans le réseau, afin de bien refléter la réalité clinique vécue par les différentes catégories d'établissements. Un guide a également été produit à l'intention des cliniques et des polycliniques privées. De plus, le Ministère s'est adjoint des partenaires extérieurs pour obtenir l'expertise nécessaire dans les différents domaines reliés à l'adaptation.

Afin de s'assurer que l'orientation générale trouvait écho dans l'ensemble du Québec, la DGAA 2000 s'est rendue dans les différentes régions administratives pour discuter du dossier avec les responsables des établissements et des régies régionales. L'objectif visé par cette tournée régionale, qui s'est déroulée en mai et en juin 1999, était de dresser un bilan d'étape des démarches en cours et de définir les problèmes particuliers auxquels le Ministère pouvait apporter des solutions concrètes. Ces visites ont permis à la direction d'apporter son soutien à la préparation des plans de relève et de communication des régions.

7.1. Instruments de communication

Un dépliant intitulé *Les appareils de soins à domicile passent l'an 2000* a été distribué à l'ensemble de la population afin de la rassurer sur l'utilisation des appareils utilisés à domicile au moment du passage à l'an 2000.

Le Ministère a également publié — sur une base régulière et à l'intention des établissements et de leur personnel —, un bulletin d'information *Point de mire 2000*; de plus un site Internet an 2000 contenait toute la documentation pertinente au dossier émise par le Ministère. De plus, un document d'information, publié dans la revue *Protégez-vous* du mois de novembre 1999, a renseigné le public quant à l'ensemble des mesures prises pour assurer la continuité des services et la sécurité des équipements utilisés à domicile ou dans les établissements.

Enfin, le Ministère a participé aux travaux du Secrétariat interprovincial sur l'an 2000 dans le secteur de la santé. Mis sur pied en septembre 1998, ce secrétariat assurait la coordination et la diffusion de l'information à travers le Canada, afin de soutenir les démarches visant la conversion à l'an 2000 du matériel et des systèmes en usage dans les réseaux de santé provinciaux. Le Secrétariat a terminé ses opérations le 31 mars 2000.

7.2. Centre de vigie nationale

Le 31 décembre 1999 représentait l'échéance de quinze mois intensifs de préparation pendant lesquels le réseau de la santé et des services sociaux aura mis en œuvre un éventail de mesures particulières pour garantir un passage sécuritaire et sans heurt à l'an 2000. Un mécanisme de collecte rapide et de transmission d'information, en provenance de tous les établissements et de toutes les régies régionales, a été mis sur pied par le Ministère pour favoriser la diffusion et l'échange d'information pertinente pendant la période du passage à l'an 2000.

Durant ce laps de temps, l'équipe ministérielle a procédé à une évaluation minutieuse de la situation en recueillant l'information pertinente sur la situation régionale pour l'ensemble du territoire québécois. Un bilan dressant l'état de la situation a été transmis aux autorités et aux régies régionales.

Grâce à un travail d'équipe efficace et une préparation systématique de toutes les instances en cause, le réseau de la santé du Québec a franchi en douceur le passage à l'an 2000. Le coût de l'opération s'est situé à environ 175 M $; elle aura aussi contribué à l'amélioration du parc d'équipements et de systèmes utilisés dans les établissements.

8. Les affaires médicales et universitaires

La Direction générale des affaires médicales et universitaires a pour mandat de favoriser l'organisation d'un réseau intégré de services médicaux généraux, spécialisés et ultraspécialisés qui tienne compte de l'évolution des besoins de la population et du développement des connaissances et des technologies. De même, elle doit planifier la main-d'œuvre médicale et en assurer la répartition équitable sur le territoire. Elle analyse l'organisation des services médicaux et propose des moyens pour améliorer l'accès à ces services et la qualité de ces services. De façon plus particulière, elle appuie le réseau hospitalier universitaire dans l'accomplissement de sa mission académique et de ses activités cliniques. Pour remplir son mandat, la direction s'appuie sur un effectif permanent et sur des groupes de travail formés de représentants du réseau et du milieu médical.

8.1. Le Conseil québécois de lutte contre le cancer

La Direction générale des affaires médicales et universitaires assure le soutien administratif et le secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC). Au cours de l'année, les actions du Conseil ont principalement porté sur la préparation d'avis, sur l'étude et la coordination de dossiers prioritaires ainsi que sur sa participation à des activités visant le développement des connaissances et la promotion de la lutte contre le cancer.

8.1.1. Les avis

À la suite de demandes formulées par le Ministère, ou pour apporter un meilleur éclairage sur des problématiques particulières, les réflexions ont porté sur les sujets suivants : l'intervenante et l'intervenant pivot; le dépistage du cancer colorectal; les délais raisonnables pour les chirurgies du cancer; les critères sous-jacents à la désignation des équipes interdisciplinaires. Des avis sur ces sujets sont attendus au cours de la prochaine année.

8.1.2. Les dossiers prioritaires

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) a également poursuivi ses travaux amorcés l'an passé en vue d'améliorer l'accès aux services de radio-oncologie. Le comité de spécialistes, mis sur pied à cette fin, a remis son rapport en mai 1999. La ministre a donné suite en annonçant un ensemble de mesures, dont la création du Centre national de coordination en radio-oncologie.

Mis sur pied par le CQLC, le projet du dossier « Réseau informatisé en oncologie au Québec s'est poursuivi cette année et fera l'objet d'une expérimentation portant sur le cancer du sein dans les régions de Québec et de Chaudière-Appalaches, au cours de la prochaine année.

Parmi ses priorités, le CQLC entend publier des guides de pratique qui constituent des outils importants pour améliorer et assurer la qualité des soins et des services aux personnes atteintes de cancer; à cette fin, il a déjà débuté ses travaux visant à concevoir un guide de pratique en oncologie, en s'adjoignant une équipe de collaboratrices et de collaborateurs.

8.1.3. L'échange et la diffusion de l'information et des connaissances

Pour exercer pleinement son mandat, le Conseil québécois de lutte contre le cancer se doit d'être à la fine pointe des connaissances et des pratiques dans la matière. À cette fin, le Conseil participe ou collabore à diverses activités tant au Québec qu'au Canada, dont celles de l'Association canadienne des Agences provinciales de cancer qui a tenu sa réunion annuelle à Québec en 1999.

L'un des volets importants du mandat du Conseil étant de promouvoir la lutte contre le cancer en favorisant le transfert des connaissances et la diffusion de l'information, l'organisme s'est doté d'un outil à cette fin, le bulletin *Réseau cancer Québec*, dont la diffusion s'étend à l'ensemble des intervenantes et des intervenants du domaine de l'oncologie au Québec.

8.2. Le réseau universitaire

L'évolution du réseau universitaire a été marquée cette année par la continuité, dont témoignent les évènements suivants :

Le 18 mai 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé sa décision de localiser le Centre mère-enfant du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL); l'ouverture est prévue pour 2002. Le Centre mère-enfant offrira une concentration de services spécialisés et ultraspécialisés en néonatologie, en pédiatrie et en obstétrique-gynécologie, qui assurera une masse critique de professeurs, d'étudiantes et d'étudiants, ainsi que de patientes et de patients permettant d'offrir des soins et un enseignement de haute qualité de même que des activités de recherche de pointe.

Le deuxième événement majeur ayant marqué le réseau universitaire cette année, est l'annonce par la ministre, le 25 janvier 2000, de la localisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), d'ici quelques années, sur un site unique permettant d'offrir des services de qualité, et offrant également toute la souplesse au CHUM pour s'adapter à l'évolution des besoins.

Le CHUM a adopté son nouveau plan d'orientations cliniques le 11 janvier 2000. Formé de membres du CHUM, de représentantes et de représentants du Ministère et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, un comité opérationnel a reçu le mandat d'actualiser ce plan transitoire.

La ministre de la Santé et des Services sociaux a autorisé, le 10 novembre 1999, le contrat d'affiliation du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) avec l'Université de McGill, et désigné le CUSM comme centre hospitalier universitaire le 23 mars 2000.

Dans la poursuite de la consolidation du réseau universitaire, la ministre a aussi annoncé la désignation de l'Hôtel-Dieu de Lévis comme centre hospitalier affilié universitaire avec l'Université Laval, le 28 septembre 1999. L'Hôtel-Dieu de Lévis devenait ainsi le quatrième centre hospitalier à recevoir une telle désignation.

De plus, le 19 mai 1999, la ministre autorisait le Complexe hospitalier de la Sagamie à signer un contrat d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke.

Enfin, le gouvernement du Québec a prolongé le mandat des administrateurs des cinq centres hospitaliers universitaires jusqu'au 30 juin 2001 par le projet de loi 74 qui a été sanctionné le 5 novembre 1999.

8.3. Les services d'urgence

Devant l'acuité et la persistance des problèmes vécus dans les urgences des hôpitaux, la ministre a confié à un groupe de travail, en début d'année 1999, le mandat d'analyser la situation et de trouver des solutions permanentes à ces problèmes.

En septembre 1999, deux rapports ont été remis à la ministre : *Plan d'action sur la situation dans les urgences en 1999, un défi majeur pour le réseau*, et *Projet urgence 2000*.

8.3.1. Le Forum sur la situation dans les urgences

Les travaux du groupe ont servi de base à la tenue du Forum sur la situation dans les urgences, les 4 et 5 octobre 1999. Présidé par la ministre, et rassemblant tous les partenaires du réseau intéressés par la question, l'événement a permis de faire le point sur le sujet et de mobiliser l'ensemble des partenaires autour des solutions à mettre en place.

Présidé par la ministre, et formé des principaux représentantes et représentants des associations professionnelles et d'établissements, du Ministère et des régies régionales, et enfin du milieu universitaire, le Comité de suivi des recommandations issues de ce forum a été mis en place en octobre 1999; il s'est réuni à quatre reprises depuis, pour faire le point sur l'avancement des travaux. Tel que l'annonçait la ministre en octobre dernier, un deuxième forum aura lieu le 19 juin prochain pour évaluer les étapes franchies et statuer sur les actions à poser au cours de la prochaine année.

8.3.2. Le Groupe de soutien aux urgences

Le Forum sur la situation dans les urgences aura aussi été l'occasion pour la ministre d'annoncer la mise sur pied du Groupe de soutien aux urgences (GSU), en remplacement du Groupe d'experts en organisation clinique (GEOC). Composé de spécialistes du réseau, ce groupe a pour principal mandat de supporter et de conseiller les centres hospitaliers éprouvant des difficultés dans la gestion de leur urgence, ainsi que les régies régionales. Au cours de l'année, le GSU a effectué quelques visites dans des centres hospitaliers et ses membres ont travaillé à la révision du *Guide de gestion et des normes de fonctionnement des urgences*.

Enfin, le GSU a aussi contribué à la conception et à la mise en œuvre du plan d'action annoncé par la ministre, en novembre 1999, pour prévenir l'engorgement des urgences au cours de l'hiver. Ce plan fera l'objet d'une évaluation au cours des prochains mois.

8.4. L'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés

L'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés constitue l'un des enjeux majeurs du système de santé et de services sociaux sur lequel le Ministère s'est particulièrement attardé en 1999-2000.

8.4.1. La radio-oncologie

En mai 1999, un comité formé de spécialistes en radio-oncologie remettait à la ministre un rapport faisant état de la situation problématique en radio-oncologie et proposait un certain nombre de mesures pour corriger la situation.

Donnant suite aux recommandations de ces spécialistes, la ministre a annoncé, fin mai 1999, un ensemble de décisions visant à assurer à court terme l'accès aux services pour des patientes et des patients atteints de cancer ainsi qu'à corriger à moyen terme le déséquilibre entre l'offre et la demande de services en

radio-oncologie au Québec. Le Centre national de coordination en radio-oncologie (CNCRO) prenait alors forme, appuyé par le Comité d'experts en radio-oncologie, pour s'acquitter des tâches suivantes :

— organiser et coordonner le programme de transfert de patientes et de patients vers des centres de radio-oncologie américains;

— soutenir l'accès aux services dans les centres québécois de radio-oncologie;

— élaborer un plan d'action national visant la consolidation et le développement des services à plus long terme.

8.4.1.1. Le programme de transfert des patients vers des centres américains

Afin d'accélérer le traitement des patientes et des patients sur des listes d'attente, le Ministère a signé des contrats de services avec cinq centres américains situés à Plattsburgh, à Burlington, à Rutland, à Lewiston et à Waterville-Augusta. À la fin du mois de mars 2000, quelque 550 patientes et patients atteints de cancer avaient été traités dans ces centres.

Afin d'améliorer l'accès aux services dans le réseau québécois, la ministre a annoncé, en mai 1999, l'octroi d'équipements de radio-oncologie dans les principaux centres hospitaliers offrant de tels services, soit le CHUM, le CHUQ, l'Hôpital général juif et l'Hôpital général de Montréal. La mise en place de ces appareils ainsi que l'ouverture, en décembre 1999, d'un nouveau centre de radio-oncologie au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) permettront, à court terme, d'améliorer l'accès aux services dans ce secteur.

8.4.1.2. Le plan d'action nationale 2000-2008

Tout au cours de l'année, le CNCRO, appuyé par le Comité d'experts en radio-oncologie, s'est affairé à planifier la consolidation et le développement des ressources nécessaires en radio-oncologie, afin d'en améliorer l'accès à plus long terme.

8.4.1.3. La planification de la main-d'œuvre

Une des causes importantes de la crise en radio-oncologie est la pénurie de radio-oncologues, de technologues en radio-oncologie, ainsi que de physiciennes et de physiciens médicaux. Des comités de planification de la main-d'œuvre ont été mis sur pied pour chacun de ces groupes. Les rapports concernant les technologues ainsi que les physiciennes et les physiciens médicaux ont été remis à la ministre en mars 2000; celui sur la main-d'œuvre médicale sera déposé au début de la prochaine année. Des recommandations ont été formulées en ce qui a trait notamment à la formation, à l'organisation du travail, à la rémunération et, le cas échéant, à l'immigration. Un suivi régulier et un ajustement annuel sont prévus dans la mise en œuvre de chacune de ces planifications.

Les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année dans ce secteur, notamment pour assurer l'application et le suivi du plan d'action prévu.

8.4.1.4. La planification des équipements et des immobilisations

Au cours de l'année 1999, le Comité de radio-oncologie a produit un rapport sur les besoins en équipements et en immobilisations en radio-oncologie. Le rapport donne également des indications sur l'évolution de la maladie au Québec d'ici 2008, les profils de consommation de services des régions et la provenance des clientèles de chacun des centres opérant au Québec. Ces données, associées à un certain nombre de paramètres, ont permis de définir les besoins en appareils, en nouveaux centres et en personnel pour la période couvrant 2000-2008. Quant au rapport, il a permis de préparer un plan d'action 2000-2008 en radio-oncologie qui sera rendu public au début de la prochaine année.

L'ensemble de ces travaux se traduiront dans un plan d'action dont la publication est prévue en avril 2000.

8.4.2. La cardiologie tertiaire

Devant le constat de listes d'attente importantes en cardiologie tertiaire la ministre a rencontré, en octobre 1999, les représentantes et les représentants des corps médicaux en cause, pour faire le point sur ce sujet.

Dans la foulée de cette rencontre, la ministre a annoncé la mise en place du Comité d'experts en cardiologie tertiaire dont le mandat est essentiellement le même qu'en radio-oncologie, à savoir : brosser un portrait complet de la situation sur le plan des ressources humaines et matérielles et au regard de l'évolution de la demande de services; proposer des stratégies en vue d'améliorer l'accès aux services à court et moyen terme; et enfin, suggérer des modalités d'organisation des pratiques tenant compte des besoins des patientes et des patients et de ceux des spécialistes du secteur.

À ce jour, le comité a examiné et approuvé les plans de développement présentés par les régies régionales de Québec et de Montréal-Centre. Ces plans ont par ailleurs été soumis à la ministre, en plus de faire l'objet d'une attention particulière dans le contexte des investissements annoncés pour l'année 2000-2001.

Le comité devra remettre un rapport en juin 2000. Les travaux se prolongeront toutefois au delà de cet échéancier initial, à la suite de la décision annoncée par la ministre à l'effet d'assurer au comité les conditions nécessaires à la réalisation de son mandat de planification et de suivi à plus long terme du secteur.

8.4.3. Le système informatisé de gestion de l'accès (SIGAS)

Mis en marche en 1998-1999, les travaux visant à doter le réseau d'un système informatisé de gestion de l'accès aux services spécialisés se sont poursuivis en 1999-2000, notamment avec le dépôt d'un appel d'offre conclu à l'automne 1999 en vue d'acquérir, d'adapter et d'expérimenter un progiciel. Le budget défini pour la phase d'expérimentation a été précisé dans le plan triennal des investissements (PTI) en matière de technologies de l'information.

De plus, une demande a été déposée au Conseil québécois de lutte contre le cancer, afin que soient déterminés les délais raisonnables pour les chirurgies de cancer. Ces informations viendront s'ajouter aux délais cliniquement acceptables déjà déterminés par d'autres groupes de spécialistes, notamment en ophtalmologie (chirurgie de la cataracte), en orthopédie (chirurgie de la hanche et du genou) et en cardiologie tertiaire (chirurgie cardiaque et hémodynamie).

8.5. L'effectif médical et l'accès aux services médicaux

8.5.1. L'effectif médical

8.5.1.1. Plans régionaux

Les régies régionales sont légalement tenues de produire un plan de l'effectif médical de leur région, en tenant compte des objectifs de croissance et de décroissance en la matière signifiés par la ministre dans son plan de répartition de l'effectif médical au Québec. Ce plan vise à garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux services médicaux.

L'ajout net de médecins initialement prévu pour la période 1997-2000 ne s'étant pas matérialisé compte tenu des conséquences du programme de mise à la retraite négocié avec les fédérations médicales, les objectifs régionaux associés au plan de répartition 1997-2000 n'ont donc pas été atteints dans leur intégralité. Toutefois, afin de tenir compte de situations particulières nécessitant dans quelques régions des ajustements aux objectifs de croissance autorisés, le Comité du suivi des plans régionaux d'effectifs médicaux a étudié les demandes des régies régionales en cause. Ainsi, certains objectifs de croissance ont été revus à la hausse pour mieux répondre aux besoins de la population en effectifs médicaux. Rappelons que ce comité est formé de représentantes et de représentants de divers organismes tels les fédérations médicales, le Collège des médecins du Québec, les régies régionales et le Ministère.

8.5.1.2. Inscription dans les programmes de formation en médecine

Dans le cadre de la planification des effectifs médicaux, la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine doit favoriser l'adéquation entre les services offerts à la population et les besoins anticipés de celle-ci, et ce, autant en ce qui a trait au nombre de médecins qu'à leur répartition par discipline.

Les travaux de la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux au Québec entrepris au printemps 1998 ont été complétés. S'appuyant sur les résultats de ces travaux, la Table de concertation a émis en décembre 1999 un avis portant à la fois sur la formation médicale, sur l'organisation des services médicaux et sur la projection de l'effectif médical au Québec. Les résultats des projections de l'offre et de la demande de services médicaux à moyen et long terme ont convaincu tous les organismes membres de la table de concertation de recommander une augmentation des admissions dans les facultés de médecine du Québec.

La politique triennale d'inscriptions dans les programmes de formation en médecine de 2000-2001 et 2002-2003 est actuellement à l'étude.

8.5.1.3. Planification de la main-d'œuvre médicale en radio-oncologie

Un Comité de la planification de la main-d'œuvre en radio-oncologie a été mis sur pied au cours de l'année. Il a pour mandat de proposer un plan d'action qui contribuera à augmenter l'offre de services médicaux en radio-oncologie à un niveau adéquat, compte tenu des besoins de la population du Québec et des activités académiques d'enseignement, de recherche et d'évaluation des nouvelles technologies particulières aux milieux universitaires.

Plusieurs radio-oncologues siègent sur le comité qui regroupe des personnes issues des milieux suivants : l'Association des radio-oncologues du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

8.5.2. L'accès aux services médicaux

À l'automne 1999, l'équipe de l'accès aux soins en régions éloignées s'est jointe à la Direction générale des Affaires médicales et universitaires. Depuis, le mandat de l'accessibilité aux soins à l'ensemble du territoire a été élargi à l'ensemble du territoire québécois.

En conséquence, de nombreuses interventions terrains, dans plusieurs établissements, ont été menées et les différents programmes favorisant l'amélioration de la répartition géographique des médecins ont été mis à contribution pour régler les problèmes d'accès aux services médicaux.

Le Comité consultatif ministériel sur les mesures incitatives destinées au recrutement et à la rétention des médecins en régions éloignées et isolées a produit son rapport. L'actualisation de plusieurs des mesures proposées se concrétisera au cours de la prochaine année.

Soulignons également que la gestion du mécanisme de dépannage et la gestion des programmes de désignation des boursières et des boursiers, des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, ont été revues afin d'en améliorer l'efficacité.

8.6. Le soutien à l'organisation des services

8.6.1. Le Programme québécois de lutte contre le cancer

Lancé il y a deux ans, le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), est le fruit de la collaboration de nombreux professionnelles et professionnels, ainsi que d'intervenantes et intervenants dans le domaine qui, sous l'égide du Ministère et pendant quelques années, ont examiné les meilleures façons de lutter contre le cancer et d'assurer aux gens qui en sont atteints l'accès à des réseaux de services intégrés dans chacune des régions du Québec.

Placée sous la responsabilité du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC), l'implantation de ce programme a, par la suite, été confiée à une équipe ministérielle mise en place à l'occasion de la récente réorganisation administrative du Ministère. Cette équipe a instauré au cours de l'année une démarche visant à mieux coordonner les actions du Ministère reliées au cancer. Cette approche permettra d'assurer aux régions un soutien plus intégré dans l'implantation de leur programme.

L'équipe entend poursuivre les rencontres régionales déjà amorcées l'an passé sous l'égide du CQLC et travailler de concert avec ce dernier.

8.6.2. Les services de laboratoire

En juin 1995, le Ministère a lancé son Plan d'action sur l'accessibilité et l'efficience des services de laboratoire. Un comité directeur formé de représentantes et de représentants du Ministère, des régies régionales, des CLSC, de la RAMQ ainsi que des ordres professionnels en cause a été mis sur pied pour en assurer la mise en œuvre.

Les principaux objectifs de ce plan sont :

— l'amélioration de l'accessibilité aux services de prélèvement pour les patientes et les patients ambulants;

— l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des services de laboratoire.

Les indicateurs d'accessibilité démontrent que, mis à part quelques cas isolés, l'accessibilité des patientes et des patientes ambulants aux services de prélèvements s'est maintenue à un niveau satisfaisant au cours de l'exercice 1999-2000. Le taux de conformité aux normes de délai d'attente maximal se maintient toujours aux environs de 95 %. Des interventions ponctuelles sont effectuées par le Ministère et les régies régionales auprès des sites déviants.

En ce qui concerne l'atteinte du deuxième objectif, à savoir l'amélioration de l'efficience, un travail important reste à accomplir. En effet, le rapport du Vérificateur général du Québec sur les laboratoires de biologie médicale, déposé en Commission parlementaire, fait état de lacunes sérieuses sur le chapitre de la productivité. Le Ministère est conscient du problème et effectuera, avec le concours des régies régionales, des interventions ciblées auprès des établissements peu performants. L'amélioration de la productivité des laboratoires constitue un objectif prioritaire dans le contexte actuel où le nombre de tests prescrits augmente de plus de 7 % par année.

Au cours de la prochaine année, le Ministère continuera d'appuyer les travaux du Comité directeur sur les laboratoires. Pour sa part, le Groupe ministériel de soutien et les équipes régionales sur les laboratoires continueront leurs efforts en vue :

— de fixer à chaque laboratoire peu performant un objectif réaliste d'amélioration de son niveau de productivité;

— de superviser les démarches entreprises en vue de l'atteinte de ces objectifs;

— de s'assurer du respect des normes de qualité et autres dans l'ensemble des laboratoires;

— de maintenir un niveau élevé d'accessibilité aux services;

— de favoriser l'utilisation pertinente des services de laboratoire.

8.6.3. La traumatologie

8.6.3.1. Performance globale du système

Une étude publiée en cours d'année a démontré une baisse importante de la mortalité et de la morbidité chez les personnes souffrant de traumatismes graves depuis la mise en place du réseau québécois de services en traumatologie. En 1992, une personne sur deux décédait des suites d'un traumatisme sévère alors qu'en 1998 cette proportion était devenue d'une personne sur cinq. Diverses mesures sont actuellement en cours dans le but d'améliorer encore davantage cette performance.

8.6.3.2. Registre des traumatismes

Le transfert de cette première banque ministérielle à la Régie de l'assurance-maladie est à toute fin pratique complété.

Le Ministère, les régies régionales et les établissements pourront bientôt utiliser pleinement cet outil pour mieux planifier et organiser les services.

8.6.3.3. Mise en place de continuums de services spécifiques à certaines clientèles

Personnes blessées médullaires

À la suite de la désignation de deux centres d'expertise — un à Montréal (formé de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Institut de réadaptation de Montréal ainsi que du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau), et l'autre à Québec (formé du CHAUQ-Enfant-Jésus et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec) — visant à offrir les services nécessaires aux malades en phase aiguë, des efforts importants ont été déployés dans le but d'y acheminer toutes les personnes en cause. Ces efforts ont porté fruit et l'organisation de services préconisée désormais est bien en place.

Le Ministère a ainsi réussi à éliminer les délais d'attente entre les établissements de soins aigus et ceux de réadaptation qui étaient antérieurement de plusieurs semaines. Des efforts devront toutefois être appliqués en vue de réduire les délais qui existent encore entre le moment où une personne peut quitter un établissement de réadaptation et celui ou elle peut effectivement réintégrer son domicile.

Une tournée des régions effectuée en cours d'année par des représentantes et des représentants des centres d'expertise a permis de consolider le continuum de services mis en place et de faciliter le retour et le maintien de la personne blessée médullaire dans son milieu de vie.

Soulignons que les résultats obtenus au moyen de cette approche, en ce qui a trait à la dynamisation des établissements et des régies régionales en cause, ont dépassé les attentes du Ministère qui a appliqué ses principes à d'autres contextes.

Un modèle particulier d'organisation de services à été expérimenté en cours d'année à l'intention des personnes tétraplégiques dépendantes avec, pour résultat, que le petit nombre de malades en phase aiguë traités antérieurement aux États Unis le sont désormais au Québec.

L'évaluation prévue de ces modèles d'organisation de services devrait permettre d'ajuster encore plus étroitement l'offre de services aux besoins de l'ensemble de cette clientèle.

Personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral

La démarche amorcée dans le domaine, en 1999-2000, s'est concrétisée par la définition précise des divers segments des personnes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral, de leurs besoins spécifiques et des services qui leurs sont nécessaires.

Un document d'orientation ministériel intitulé *Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral, paramètres d'organisation* a été publié cette année. Il pose les jalons de l'organisation des services à mettre en place et précise les actions à mener pour améliorer la prestation de services à leur égard.

Dans ce contexte, un groupe-conseil formé de personnes détenant une expertise en cette matière a visité 25 établissements situés dans l'ensemble des régions afin de préciser l'offre de services nécessaires aux adultes victimes d'un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave. Les recommandations du groupe à propos de chacune des régions et des établissements visés seront analysées par le Groupe de suivi ministériel en traumatologie, en vue d'une désignation de ces établissements par la ministre, dans le cadre du réseau intégré de services en traumatologie.

Cette première étape étant sur le point d'être complétée, des démarches visant les actions ciblées seront amorcées en 2000-2001.

8.6.3.4. Recherche en traumatologie

Issus d'un maillage étroit avec des chercheuses et des chercheurs universitaires ou associés aux Centres tertiaires de traumatologie, divers projets de recherche axés sur le développement et sur l'amélioration concrète du réseau de services en traumatologie ont été menés en cours d'année. Cette préoccupation pour le développement de la recherche sera améliorée au cours de l'année à venir.

8.6.4. Les dons d'organe

Les mesures mises en place à la suite du dépôt, en juillet 1997, du rapport intitulé *Les dons et les greffes d'organes et de tissus au Québec* ont continué à influencer positivement en 1999-2000 l'organisation et la performance québécoises en matière de don d'organes et de transplantation. La possibilité de regrouper certaines banques de tissus fait l'objet d'une étude depuis quelques mois dans la grande région de Québec. Cette démarche s'inscrit dans les orientations préconisées par le rapport ministériel.

Pour sa part, l'organisme créé par le Ministère pour promouvoir le don d'organes auprès du grand public, Info Don d'Organes (IDO), a poursuivi ses efforts en ce sens avec l'étroite collaboration des divers organismes bénévoles qui le composent, tandis que la couverture médiatique accordée durant la Semaine nationale du don d'organes a été plus étendue en 2000. Une subvention ministérielle d'encouragement a par ailleurs été accordée à IDO pour lui permettre de mieux s'acquitter de son mandat.

Alors que le Québec avait, en 1998, affiché un nombre de donneurs retenus de 120, ce chiffre passait en 1999 à 131, ce qui permettait au Québec de se maintenir au troisième rang des provinces canadiennes quant au taux de donneurs par million d'habitants. D'autre part, Québec-Transplant a rapporté que le nombre de donneurs non retenus en 1999 était passé à 18 en comparaison de 24 un an auparavant. La désignation de personnes responsables de l'identification des donneurs potentiels semble pour sa part à l'origine d'une sensibilisation accrue à la cause de la transplantation d'organes. En contrepartie, les données actuelles démontrent que l'écart entre les besoins et les organes disponibles continue de s'agrandir, et ce, en dépit de l'amélioration de la performance précisée plus haut.

Le Québec a maintenu sa participation active aux travaux d'un Comité de coordination fédéral/provincial/territorial qui ont débouché en novembre 1999, sur la production d'un document intitulé *Une stratégie coordonnée et globale pour le Canada en matière de don et de transplantation*. Ce rapport portant essentiellement sur la création éventuelle d'un conseil national, chargé de coordonner les efforts consacrés aux dons et aux greffes d'organes et de tissus est présentement en discussion au sein du Comité F/P/T sur les services de santé; il sera ensuite présenté à la Conférence F/P/T des sous-ministres de la santé.

8.7. La technologie biomédicale

Dans le secteur de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention du Ministère, en 1999-2000, pour ce qui est du maintien et du développement du parc des équipements médicaux spécialisés, afin d'accroître la qualité et l'accessibilité des services. Par l'entremise de son Programme d'investissements en haute technologie, le Ministère a injecté une somme de 15 000 000 $ afin de doter les établissements des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Parmi les principaux secteurs visés, mentionnons la radiothérapie, la cardiologie tertiaire, la résonance magnétique et la tomodensitométrie.

À la suite des investissements annoncés pour l'année 2000-2001, l'équipe responsable du secteur entreprendra une démarche de planification, en collaboration avec les régies régionales, en vue d'assurer la répartition équitable et conforme aux orientations ministérielles des équipements qui seront fournis.

8.8. La télémédecine

Le 22 février 2000 avait lieu la première rencontre de la Table ministérielle en télémédecine. Cette table a pour but de bien évaluer les enjeux en cause, de permettre au Ministère d'intégrer harmonieusement et économiquement la télésanté dans l'ensemble des services de santé et d'assurer un usage optimal de ces nouvelles technologies au Québec. Elle aura notamment à définir les orientations et les stratégies de développement de la télésanté au Québec, et proposera des stratégies d'implantation qui permettront d'optimiser l'utilisation des infrastructures existantes et de choisir les applications futures les plus prometteuses. Elle proposera finalement un cadre de référence qui précisera les critères sur lesquels on établira la priorité des projets existants et futurs en télésanté.

Cette table est composée de représentantes et de représentants du Ministère, des principales associations professionnelles et d'établissements ainsi que des personnes qui sont à l'origine de la télésanté au Québec. À l'occasion de ses deux premières rencontres, les membres de la Table ministérielle en télémédecine se sont entendus sur le contenu du mandat et l'échéancier des travaux. Ils devront aussi analyser les six projets qui ont été annoncés par la ministre, ainsi que tous ceux qui ont été proposés au Ministère par les régies régionales et par les établissements.

9. Les affaires ministérielles et extraministérielles

La Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles a pour mandat d'assurer la coordination des activités liées au courrier des ministres et du sous-ministre ainsi qu'à la conservation des documents officiels. Elle coordonne la participation du Ministère aux activités interprovinciales et fédérales-provinciales. De même, elle propose les orientations ministérielles de coopération internationale. Elle assure la mise en œuvre des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux en milieu autochtone.

Elle assure la coordination ministérielle et gouvernementale des dossiers liés à la condition féminine. Elle prépare, soumet et justifie auprès du gouvernement fédéral les estimations et les réclamations annuelles des frais partageables dans le cadre des ententes intervenues. Elle facilite l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes de langue anglaise et pour les membres des communautés culturelles, en collaboration avec les régies régionales, et coordonne les activités ministérielles liées à la mise en œuvre des programmes d'accès à ces services.

Elle assure l'application de la politique linguistique du Ministère tout en assumant la présidence du comité ministériel et la participation au comité interministériel. Enfin, elle assure, sur le plan ministériel, le soutien et l'évolution de la gestion des ressources humaines et matérielles du Ministère et des organismes relevant de la ministre.

9.1. Le Secrétariat administratif

Le Secrétariat administratif coordonne les activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère. Il assure la gestion du système de traitement du courrier adressé aux ministres et au sous-ministre.

Il maintient à jour les listes des ministres, des sous-ministres et des sous-ministres adjoints et associés des Ministères et organismes provinciaux.

Le Secrétariat administratif prépare également le rapport annuel du Ministère en collaboration avec les différentes unités administratives.

Il coordonne les opérations du budget de fonctionnement à la Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles.

Le Secrétariat administratif représente la Direction supérieure et la Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles lors de différents comités sur les dossiers informatiques.

Enfin, il assure le suivi budgétaire et financier des unités administratives relevant de la Direction supérieure et coordonne les opérations du budget de fonctionnement à la Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles.

Il est également responsable de l'application du logiciel de gestion de courrier *H17*.

9.2. La condition féminine

La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine conseille les diverses instances du Ministère quant aux activités liées à la condition féminine dans le secteur de la santé et des services sociaux. De façon plus précise, elle s'assure que les besoins particuliers des femmes soient pris en considération dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, des orientations et des stratégies du Ministère. La direction conçoit également les orientations et les plans d'action ministériels en matière de condition féminine et en assure la coordination, le suivi et l'évaluation. Enfin, elle établit des liaisons entre le réseau de la santé et des services sociaux, les groupes de femmes et les instances gouvernementales, et assure le développement de l'expertise en matière de santé des femmes.

Au cours de l'année financière 1999-2000, la direction a participé aux travaux de deux comités interministériels. Le premier avait pour mandat d'assurer la coordination gouvernementale en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle. À l'intérieur de ces travaux, la direction a contribué à définir les lignes directrices des divers ministères associés à la question. Les membres du deuxième comité, quant à eux, ont étudié la pertinence d'instaurer l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales. La direction a notamment poursuivi sa contribution au projet-pilote du Ministère destiné à intégrer cette approche au regard des services continus offerts aux personnes âgées. Elle a également démarré un projet visant à effectuer une analyse différenciée selon les sexes, à partir des résultats de la dernière enquête Santé-Québec.

Afin de contribuer au suivi des orientations gouvernementales en ce qui a trait à la place des femmes dans le développement des régions, la direction a analysé leur représentation au sein des conseils d'administration des régies régionales et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Elle a également effectué le suivi de plusieurs dossiers relatifs à la santé reproductive des femmes, à la planification des naissances ainsi qu'aux effets du virage ambulatoire sur les femmes en tant qu'usagères de services, travailleuses du réseau et aidantes naturelles de leurs proches. En plus de fournir de l'expertise en la matière, la direction a coopéré à divers comités de travail et comités consultatifs.

De façon plus générale, la Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a dressé un bilan des engagements du Ministère inscrits au *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*. À la suite de ce bilan, la direction a prévu — en étroite collaboration avec les directions générales visées —, des actions en matière de santé et de bien-être des femmes, qui seront intégrées dans le prochain programme gouvernemental en matière de condition féminine (2000-2003).

La direction a également contribué au maintien de liens entre le Ministère et les groupes de femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des services sociaux, notamment en participant à l'organisation de plusieurs rencontres entre les représentantes de ces groupes et la ministre ou le personnel du Ministère.

Enfin, la direction a coordonné l'organisation des activités du Ministère pour souligner la Journée internationale des femmes. Elle a aussi répondu, tout au long de l'année, à de nombreuses demandes d'avis, d'information et de référence.

9.3. La coopération internationale

Sur le chapitre de la coopération bilatérale découlant d'ententes, les activités avec la France, comme par le passé, ont été particulièrement nombreuses. La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a été mise à contribution pour l'organisation de plusieurs missions portant surtout sur les technologies de l'information, sur l'organisation des services et sur la régionalisation, et ce, en continuité avec les échanges antérieurs. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a accueilli deux haut-fonctionnaires du ministère de l'Emploi et de la Solidarité de France; le but de ce séjour au Québec étant de préciser les objets futurs de coopération dans le domaine social pour la prochaine Commission permanente France-Québec. Soulignons, par ailleurs, qu'une mission touchant tout ce qui a trait aux médicaments a été réalisée, entre autres, pour mieux connaître la situation en France dans le domaine et, le cas échéant, dégager des avenues de coopération futures.

En plus de maintenir ses liens avec la France, dans le cadre des ententes sectorielles signées avec d'autres gouvernements, le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau ont poursuivi leurs échanges notamment avec la Catalogne et le Vietnam. Les activités de coopération avec le Brésil se sont intensifiées dans une perspective élargie.

Au cours de la dernière année, la Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a collaboré à l'organisation de plusieurs missions à l'étranger, dont la mission ministérielle effectuée en France, en Suisse et en Catalogne. Cette dernière avait pour but de confronter les expériences du Québec en matière de santé et de services sociaux et de trouver des éléments pouvant influencer ses pratiques au regard de la toxicomanie et des services à la jeunesse.

Plusieurs personnalités politiques, ainsi que de nombreuses personnes qui interviennent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans d'autres pays, ont également effectué un séjour au Québec afin de parfaire leur connaissance du système québécois. Plusieurs autres programmes ont ainsi été conçus par le Service de la coopération internationale à l'intention notamment de visiteurs de la Suède, du Maroc, de la Palestine, de la Nouvelle-Zélande et de la Russie. Soulignons, à cet effet, l'excellente collaboration du personnel du MSSS et de son réseau.

La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a aussi contribué à assurer la présence du Québec sur le plan international, particulièrement grâce à la participation du sous-ministre adjoint à la santé publique à la 41e réunion du Conseil directeur de l'Organisation pan-américaine de la Santé (OPS) et à la participation d'un expert québécois aux travaux du Comité directeur du Conseil de l'Europe pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées.

De concert avec le Ministère, le Service de la coopération internationale et de la condition féminine a mis son expertise au service des responsables de la 3e Conférence des secrétaires municipaux de santé des Amériques qui s'est tenue à Québec, en mars 2000. Cet événement a attiré près de 600 congressistes provenant de 18 pays. Soulignons que la tenue d'un événement de cette ampleur s'inscrivait bien dans les priorités gouvernementales au regard de la Décennie des Amériques.

La Direction de la coopération internationale et de la condition féminine a aussi poursuivi ses travaux concernant le projet NETLINK sur la carte à microprocesseur. Outre le Québec, la France, l'Allemagne et l'Italie sont également associés à ce projet.

En ce qui a trait à des activités de rayonnement, la direction a encouragé ou facilité la participation de spécialistes québécois, surtout à titre de présentateurs, à des congrès ou à des colloques de portée internationale dans des domaines reliés à la santé ou aux services sociaux. Ce qui a été le cas, entre autres, pour le XXième congrès de l'Association internationale de prévention du suicide, le congrès annuel de la Fédération internationale des organisations de donneurs de sang et la Conférence mondiale portant sur l'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes.

9.4. Les services au personnel

La Direction des services au personnel (DSP) a mis en place, en début d'année, un nouveau mode de fonctionnement axé sur le service à la clientèle, visant à offrir aux unités administratives des services professionnels pour tout aspect lié à la gestion de leurs ressources humaines.

Au cours de la dernière année, la DSP a particulièrement été sollicitée par la préparation et l'implantation d'un nouveau plan d'organisation administrative. C'est ainsi qu'elle a été amenée à proposer, notamment, une démarche à suivre en ce qui a trait à la définition de la nouvelle organisation, à la conception du plan d'effectif et au redéploiement du personnel. La direction a fourni les outils de travail et la documentation nécessaires à l'opération, en plus d'offrir ses conseils et son soutien pour ce qui est des choix stratégiques de mise en œuvre.

Beaucoup d'efforts ont été consacrés à la dotation d'un nombre important d'emplois. L'utilisation des compétences du personnel en place étant une priorité ministérielle, l'affectation s'est avérée un moyen privilégié pour combler les emplois. Pour assurer une utilisation efficace de ce mode de dotation, la DSP a fait preuve d'initiative en mettant en place un mécanisme électronique d'affichage des emplois et d'inscription des candidatures.

La DSP a soutenu plusieurs projets reliés notamment au transfert de personnel vers d'autres organismes, à la gestion de l'effectif, à la protection des renseignements personnels et à la mise en place de l'intranet du Ministère.

Par ailleurs, à la suite de la mise en application des mesures de gestion, et dans une perspective de renouvellement de sa main-d'œuvre, le Ministère a décidé de combler tous les départs à la retraite par l'embauche de finissantes et de finissants dans le domaine sociosanitaire. La DSP a donc participé activement avec le Secrétariat du Conseil du trésor à une opération de recrutement sur les campus universitaires, ce qui a permis d'établir une liste de déclaration d'aptitudes d'une centaine de candidates et de candidats à titre d'agents de recherche dans ce domaine

Dans le but de favoriser le développement de la formation de son personnel, le Ministère a investi en coûts directs et indirects la somme de 249 903 $. En vertu de la Loi 90, les dépenses admissibles représentent un investissement totalisant 393 598 $ soit 1,06 % de la masse salariale. Plus de 470 personnes ont participé à des activités de formation.

Dans le cadre du Programme d'aide aux employées et employés (PAE), 106 personnes ont fait appel aux services de ce dernier. Il y a eu 462 consultations ou interventions d'aide individuelle et 380,08 heures y ont été consacrées. De plus, le personnel a pu bénéficier de plusieurs conférences abordant différents thèmes de la vie courante, plus précisément, la santé mentale, les troubles du sommeil, la fatigue ou l'épuisement, l'usage des médicaments, la ménopause et la prévention du suicide.

Au cours de la prochaine année, la Direction des services du personnel apportera un soutien constant aux travaux reliés à l'implantation de la nouvelle classification, au développement de GIRES et à la mise en œuvre du projet de modernisation de la gestion publique.

9.5. Les ressources matérielles

La Direction des ressources matérielles du Ministère a la responsabilité de coordonner l'application des politiques gouvernementales en matière de ressources matérielles. Elle doit fournir des services de qualité au meilleur coût possible, quant à la gestion des espaces, des télécommunications, des équipements, de l'approvisionnement et du courrier.

Le secteur de la gestion des espaces et des télécommunications a répondu à 2 384 demandes de services liées aux installations matérielles, au fonctionnement des installations et au prêt de matériel audiovisuel. Ses responsables ont aménagé une centaine de postes de travail au cours de leurs activités régulières et ils ont entrepris les travaux préparatoires au réaménagement général à la suite de la nouvelle réorganisation administrative.

La direction a de plus réalisé le rajeunissement et la modernisation du 15e étage et d'une partie du 14e étage de l'édifice Catherine-De Longpré. Des aménagements ont été effectués au 600 rue Fullum, à Montréal. L'Institut national de santé publique a été aménagé au rez-de-chaussée de l'édifice situé au 930 chemin Sainte-Foy.

Le Service de l'approvisionnement, du courrier et des messageries a fait l'objet de requêtes par courrier électronique ou par téléphone. De façon générale, les demandes correspondent à des réquisitions pour l'achat et la fourniture de biens ou de services. Ces demandes de la clientèle ont engendré 2 920 commandes d'achat

et 2 874 réquisitions à l'entrepôt. Le service a traité 201 demandes d'expédition massive, dont 44 ont été confiées à la Direction du service gouvernemental de courrier (Conseil du trésor) pour exécution.

9.6. La gestion des ententes fédérales-provinciales

Au cours de l'année 1999-2000, le Ministère a continué d'assumer la responsabilité, au nom du gouvernement du Québec, de la gestion des ententes à frais partagés liées au domaine des services sociaux. Les réclamations annuelles suivantes ont été présentées au gouvernement fédéral et devraient donner lieu à des droits de remboursement correspondant à 50 % du coût des programmes admissibles ou à la contribution maximale accordée par le gouvernement fédéral. La contribution fédérale demandée par le Québec apparaît dans la colonne de droite[1] :

la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC 1996-1997);	27 423 381 $
la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées (LRPPH 1996-1998);	70 752 000 $
l'accord sur le traitement et la réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT 1997-1999);	5 732 500 $
l'entente sur l'accessibilité des services sociaux et de santé, dans leur langue, aux personnes d'expression anglaise (ASA 1998-1999)	359 000 $

En remplacement du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), le gouvernement fédéral a instauré, à partir du 1er avril 1996, le programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en vertu duquel les provinces n'ont plus à produire de réclamations pour recevoir les contributions fédérales. Le processus de fermeture de l'entente du RAPC, qui a débuté en avril 1996, s'est toutefois poursuivi jusqu'au 31 mars de l'an 2000, date d'abrogation de la loi. À la fin de ce processus de fermeture, le Québec a obtenu 13,9 M $ de contribution additionnelle de la part du gouvernement fédéral.

Par ailleurs, des discussions se sont poursuivies pour le renouvellement des ententes TRAT, LRPPH et LJC.

L'entente TRAT, qui a pris fin le 31 mars 1997, a été renouvelée le 7 mars 2000 et couvrira la période du 1er avril 1997 au 31 mars 2001.

L'entente transitoire LRPPH 1996-1998 s'est terminée le 31 mars 1998. Elle a été remplacée par l'entente sur l'aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH), qui prendra fin le 31 mars 2003[2].

L'entente LJC, quant à elle, donne lieu à des renouvellements annuels d'ententes transitoires depuis le 1er avril 1996.

L'entente sur l'accessibilité des services sociaux et de santé dans leur langue, aux personnes d'expression anglaise, s'est terminée le 31 mars 1999. Elle n'a pas été renouvelée.

9.7. Les services aux communautés culturelles et l'accès aux services en langue anglaise

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que les personnes d'expression anglaise ont le droit de recevoir, sous certaines conditions, des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès garantissant ce droit ont été révisés par les régies régionales en cause et adoptés par le gouvernement. Le Ministère continue de soutenir, par un budget particulier alloué à chacune de ses régies, les activités favorisant l'accès à des services en langue anglaise.

Quant aux services pour les membres des communautés culturelles, le Ministère a intensifié son soutien auprès du seul organisme provincial de concertation pour les organismes communautaires œuvrant auprès des communautés ethnoculturelles. Il a de plus attribué des crédits spéciaux afin d'aider cet organisme à jouer son rôle en ce qui a trait à la coordination provinciale et à la nécessité d'établir un état de situation quant à l'accessibilité des services destinés aux membres des communautés ethnoculturelles. Étant donné que le Ministère doit également dresser un tel état de situation, un partenariat a été mis sur pied afin de produire un bilan commun qui serve tant au milieu communautaire qu'au Ministère afin de définir des priorités à court et à moyen termes.

9.8. La politique linguistique du Ministère

Le Ministère a adopté sa politique linguistique, fruit d'une démarche amorcée en 1997. Cette politique, qui a nécessité plusieurs consultations tant au sein du Ministère qu'auprès de l'Office de la langue française, vise à consolider l'emploi du français et à baliser celui d'autres langues. Elle constitue un outil de travail qui respecte les orientations et les règles à privilégier en la matière, soit : la qualité du français;

1 Les montants définitifs de la contribution fédérale pourraient varier sensiblement en fonction des règlements financiers encore à venir dans le dossier de la LRPPH.

2 Le Canada contribue financièrement à une partie des programmes mis en place par le Québec afin de favoriser l'employabilité des personnes handicapées. Sa contribution est de 39 133 000 $ par rapport à des dépenses AEPH de 140 796 692 $.

le français langue de la communication écrite et verbale; le français langue des communications avec les institutions, les gouvernements et les organisations internationales, ainsi qu'avec les citoyennes et les citoyens; et enfin, le français langue de travail et langue des affaires.

Un comité permanent a été mis sur pied afin de veiller à l'application de la politique; il s'est doté d'un plan de communication comportant des moyens diversifiés pour atteindre son objectif.

9.9. Les relations intergouvernementales

Au cours de la dernière année, l'unité des relations intergouvernementales et autochtones a coordonné la participation du Ministère aux activités multilatérales sur la scène canadienne. De façon plus particulière, elle a assuré la préparation de trois conférences des ministres et de trois réunions des sous-ministres dans le cadre du forum de la santé. Par ailleurs, et de concert avec les autres ministères impliqués, elle a également œuvré à la participation du Québec à deux conférences des ministres et deux réunions des sous-ministres dans le cadre du forum des services sociaux.

En collaboration avec le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes et les directions générales du ministère, l'unité a également coordonné la participation de gens du Ministère à près d'une quarantaine de comités ou groupes de travail dans les domaines de la santé, des services sociaux et de la justice applicable aux jeunes.

En 1999-2000, l'unité a été encore étroitement liée au dossier des utilisateurs de produits sanguins infectés par le virus de l'hépatite C. Elle a notamment coordonné la conclusion de l'accord fédéral-provincial visant la compensation des victimes infectées entre 1986 et 1990. Cette entente a été signée le 15 juin 1999. De plus, ce dossier a nécessité la conclusion d'une entente relative au partage du coût des experts entre les gouvernements, laquelle a été signée le 11 avril 1999.

Dans le dossier du partage des coûts en matière de jeunes contrevenants, une entente Canada-Québec sur le financement de base pour 1999-2000 a été conclue le 31 mars 2000. Par ailleurs, depuis l'automne 1999, des discussions se poursuivent avec le gouvernement fédéral afin d'en arriver à un accord quinquennal 2000-2005 sur le même sujet.

Enfin, de nombreux autres dossiers de négociations fédérales-provinciales ont été initiés au cours de l'exercice. Mentionnons plus particulièrement le règlement intervenu avec le gouvernement fédéral dans le dossier des soins de santé pour les réfugiés du Kosovo et la négociation entreprise dans le cadre de l'initiative fédérale visant à lutter contre l'itinérance.

9.10. Les relations avec les autochtones

En 1999-2000, l'unité a poursuivi ses activités de coordination en assurant un arrimage du ministère avec le Secrétariat aux affaires autochtones, les ministères fédéraux concernés et les organismes autochtones. Le Ministère a d'ailleurs continué d'apporter son soutien à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Le 10 novembre 1999, une entente de principe a été signée entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Les parties ont alors convenu de la mise sur pied d'un groupe de travail conjoint sur les priorités et le cadre de financement en ce qui a trait aux services de santé et aux services sociaux sur le territoire Cri. Le groupe de travail a été mis en place en décembre 1999.

Par ailleurs, le 17 décembre 1999, une entente administrative a été conclue entre le gouvernement du Québec, représenté par la ministre de la Santé et des Services sociaux, et la nation Naskapi relativement à la création d'un établissement de type CLSC dans la communauté de Kawawachikamach.

D'autre part, le Ministère a intensifié ses liens avec les dirigeants du Centre Kateri Memorial de Kahnawake. Des travaux conjoints, impliquant également la Régie régionale de la Montérégie, ont été entrepris afin de revoir la base de financement de l'établissement.

Enfin, le Ministère a participé activement à la poursuite du projet-pilote du Conseil de la Nation Atikamekw, relativement à l'implantation d'un système d'intervention d'autorité en matière de protection de la jeunesse et de jeunes contrevenants.

Annexes

Annexe 1
Les organismes rattachés à la ministre de la Santé et des Services sociaux

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

La Régie de l'assurance-maladie du Québec a pour mandat d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance-maladie institué par la Loi sur l'assurance-maladie ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit rémunérer, conformément aux ententes, le personnel professionnel de la santé qui fournit les services assurés et rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant. Elle doit, de plus, contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes et l'utilisation de ceux-ci par les dispensatrices et les dispensateurs de soins, ainsi que par les usagères et les usagers. La RAMQ joue également un rôle de conseillère auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'administration ou l'application des programmes.

M. Pierre Houde assumait, au 31 mars 1999, la présidence de cet organisme de façon intérimaire.

La RAMQ présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'OPHQ favorise la concertation nationale, régionale et locale des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services.

Cet organisme est sous la présidence de M. Norbert Rodrigue.

L'OPHQ produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE)

Le Conseil de la santé et du bien-être a été institué par une loi adoptée par l'Assemblée nationale le 14 mai 1992. Il a été concrètement mis en place le 25 octobre 1993.

Le conseil a pour mission de fournir des avis à la ministre de la santé et des services sociaux et d'informer le public sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Ses avis à la ministre et son information au public portent sur les problèmes de santé et de bien-être de la population québécoise, les causes reliées à ces problèmes, les groupes les plus vulnérables, les objectifs de santé et de bien-être ainsi que les moyens pertinents, efficaces et efficients pour les atteindre, en tenant compte des capacités de la collectivité. Les travaux en cours en 1999 portent principalement sur l'évolution de la politique de la santé et du bien-être, l'intégration sociale des jeunes, l'intégration sociale des personnes âgées, les enjeux éthiques en médecine génétique et l'orientation du système de santé.

Le conseil se compose de 23 membres dont 19 ont le droit de vote. Outre le président, nommé par décret, les membres désignés par le gouvernement du Québec sur recommandation de la ministre et après consultation d'organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux : usagères et usagers de services, organismes communautaires, personnes siégeant à titre de praticiens, chercheurs ou administrateurs du domaine de la santé et du domaine social, personnes issues de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Les autres membres sans droit de vote proviennent du Ministère, d'une régie régionale et de deux ministères visés par la Politique de la santé et du bien-être.

Madame Hélène Morais assume la présidence du Conseil depuis le 20 septembre 1999.

Le conseil produit un rapport distinct de celui du Ministère.

La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

Organisme sans but lucratif constitué en 1974, la Corporation d'hébergement du Québec a pour mandat d'étudier les projets d'immobilisations du réseau de la santé et des servies sociaux, d'agir en tant que maître d'œuvre pour ses propres réalisations et d'assurer la gestion financière et le financement à court et à long terme des besoins du réseau, notamment au regard des immobilisations, des équipements et du développement informationnel.

Dans la ligné de ses mandats, la Corporation a procédé au cours de l'année 1998-1999, selon un processus accéléré de gestion, à la construction de 11 centres d'hébergement et de soins de longue durée, le tout selon des coûts prévus de l'ordre de 100 M $. Elle a également octroyé des contrats pour une somme de 70 M $ mettant en cause dix-huit projets de construction, d'agrandissement ou de rénovation. Enfin, à la demande du MSSS, elle a procédé à la mise à l'étude de 34 nouveaux projets dont le coût total des immobilisations est estimé à 309 M $.

De plus, la réforme de la comptabilité gouvernementale — annoncée par le ministre des Finances dans le Discours sur le budget du 31 mars 1998 — prévoyait que la Corporation d'hébergement du Québec deviendrait une personne morale à fonds social, mandataire de l'État, et que ses états financiers seraient comptabilisés au même titre que ceux des autres entreprises publiques du gouvernement.

C'est dans cette perspective que le projet de *Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec* (projet de loi no 53) visant à donner suite à cette réforme, a été inscrit au processus législatif gouvernemental, au début de l'année 1999. Une fois adoptée par l'Assemblée nationale, cette loi entraînera, au cours de la prochaine année, une restructuration administrative et financière de la Corporation d'hébergement du Québec visant à la transformer en entreprise publique.

La CHQ est propriétaire d'un parc immobilier de plus de 200 immeubles, d'une valeur aux livres excédant 1 MM $.

La CHQ est présidée par monsieur Michel Salvas, qui agit également à titre de président-directeur général. Les autres membres du conseil d'administration sont messieurs Herman Bigras, Hung Do, Denis Lafrenière, secrétaire trésorier et Serge Thibault.

La CHQ produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste la ministre dans la conception et la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments, et de la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le CCP a également pour mandat d'assurer la mise au point de stratégies d'intervention auprès du personnel professionnel de la santé pour favoriser une utilisation optimale des médicaments en privilégiant le meilleur traitement possible au moindre coût.

Conformément à une entente intervenue avec le FRSQ, le CCP participe également à l'attribution de subventions pour des études scientifiques dans les domaines de la pharmacologie et de la pharmaco-économie.

M. Jean Cusson assume la présidence du CCP.

Le Conseil médical du Québec (CmQ)

Le Conseil médical du Québec a été institué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée le 12 décembre 1991. Il se compose de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit doivent être des médecins.

Le CmQ a pour fonction de conseiller la ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

Ainsi, le CmQ peut donner des avis à la ministre sur :

— l'orientation des services médicaux;

— les besoins en effectif médical et sa répartition;

— l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale;

— les différents types de pratique médicale;

— les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés;

— les modes les plus appropriés de rémunération des médecins;

— les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorité à respecter dans la prestation d'un service médical.

La ministre doit en outre consulter le CmQ sur les questions suivantes :

— les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements;

— les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale, notamment la Politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine;

— le cadre de référence de la répartition de l'effectif médical, notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Les premiers membres du conseil ont été nommés par le gouvernement le 13 avril 1993. Les membres ayant droit de vote et en poste au 31 mars 1998 sont M^mes^ et MM. Juan Roberto Iglesias, président, Luc Deschênes, vice-président, Jean-Marie Albert, Marc A. Bois, André Bonin, Isabelle Cataphard, Yves Dugré, Sophie Gosselin, Michèle Laverdure, Joëlle Lescop, Jonathan L. Meakins, André Munger, Marie Pineau, Micheline Ulrich et Raymonde Vaillancourt.

Les autres membres sans droit de vote et nommés par la ministre sont : M^me^ Brigitte Bernard, M. Michel Brunet, M. Yves Landry, Dr Marie Girard et M. Robert Tremblay. Le ou la sous-ministre et les sous-ministres adjointes et adjoints du Ministère sont membres d'office.

Le CmQ publie un rapport d'activité distinct de celui du Ministère.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil en santé mentale qui joue un rôle auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Il a pour principaux mandats de conseiller la ministre sur les questions de santé mentale et de contribuer, tant par ses études que par ses avis aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité en santé mentale. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère.

Au cours de l'année 1999-2000, le CSMQ a surtout investi ses efforts dans la réalisation de projets ou la production d'avis concernant :

— l'évaluation des besoins de la population en santé mentale (projet franco-québécois);

— les jeunes adultes et la santé mentale;

— les nouvelles structures familiales et la santé mentale;

— la concertation intersectorielle en santé mentale;

— l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves;

— l'accès au travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves;

— la qualité des services dans la communauté pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Le CSMQ a publié, en novembre 1999 et janvier 2000, deux ouvrages intitulés respectivement : *Familles en transformation, Récits de pratique en santé mentale* et *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes, Un portrait complexe, une responsabilité collective.*

Le CSMQ est actuellement composé des personnes suivantes : Mmes et MM. Luc Blanchet, président, Céline Mercier, vice-présidente, Jacques Alary, Françoise Beauregard, Henri Dorvil, Danielle McCann et André Villeneuve. En outre, plus d'une cinquantaine d'experts de divers milieux (établissements, organismes communautaires, universités, ...) ont collaboré étroitement, en 1999-2000, à la réalisation des mandats généraux ou des projets spécifiques du CSMQ.

Le CSMQ remet périodiquement un rapport d'activité à la ministre.

La Commissaire aux plaintes (CP)

En vertu de sa fonction, la Commissaire aux plaintes représente le dernier recours, dont peuvent se prévaloir les personnes utilisatrices du système de santé et de services sociaux parce qu'insatisfaites des services reçus ou requis.

Tel que conçu par le législateur, le Régime d'examen des plaintes constitue un processus non judiciaire permettant à une usagère ou à un usager — ou à quiconque les représente —, de déposer une plainte auprès d'une personne nommée à cet effet par le conseil d'administration d'un établissement de santé ou de services sociaux. En cas d'insatisfaction quant aux conclusions émises, l'usagère ou l'usager peut s'adresser à sa régie régionale où l'on procédera à un nouvel examen de sa plainte, pour ensuite lui transmettre une réponse motivée. Advenant un nouveau désaccord ou en cas de non-réponse, la personne plaignante est en droit alors de s'adresser en dernier lieu à la Commissaire. Indépendante du Ministère, des instances de pression et d'organisation des services et disposant dans la Loi d'un pouvoir de recommandations et d'avis à la ministre, elle constitue une des garanties d'amélioration continue des services vue les usagères et les usagers.

Orienté avant tout sur la qualité des services, sur la nécessité de mieux satisfaire les attentes des usagères et des usagers et le respect de leurs droits, le Régime d'examen des plaintes englobe tant les établissements que les régies régionales, les ressources de type familial ou les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux. L'inter-

vention directe de la Commissaire, dans une tournée de toutes les régions du Québec, a grandement contribué à démystifier les perceptions négatives ainsi qu'à faire la promotion d'un réel service à la clientèle axé sur les besoins, les attentes et les droits des personnes.

Ce faisant, la Commissaire a mis à contribution les partenaires du réseau. Cette tournée lui a permis, non seulement de rencontrer les intervenantes et les intervenants de première ligne, mais également de clarifier certains concepts utilisés et certaines interprétations de la Loi. Le périple de la Commissaire, de l'Estrie à Kuujuuak et de Hull à Gaspé, l'a fait rencontrer près de 90 % des responsables du traitement des plaintes des établissements et des régies, et ainsi saisir les difficultés de l'exercice quotidien de leur mandat.

Aussi, la Commissaire a profité de cette tournée pour rencontrer des centaines de membres de conseils d'administration et de gestionnaires. Elle les a sensibilisés à la philosophie du régime axée sur le service aux usagères et aux usagers ainsi qu'au respect de leurs droits. Elle a, en outre, profité de l'occasion pour rencontrer plusieurs membres de comités d'usagers, d'organismes d'assistance et d'accompagnement ainsi que d'organismes communautaires. Ce fut particulièrement l'occasion de discuter de leur spécificité et de leur apport au Régime d'examen des plaintes. Cette visite, à l'échelle du Québec, a permis à la Commissaire de revoir son plan d'action initial pour y intégrer plusieurs attentes légitimes des régions pour mieux répondre à leurs besoins. Un rapport a été remis à la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Parmi les éléments importants ayant marqué l'exercice terminé le 31 mars 2000, on retrouve l'avis de la Commissaire à la ministre sur le fonctionnement et l'avenir du Régime des plaintes. S'inspirant en grande partie de sa tournée des régions, elle suggère des modifications majeures, qui devront recevoir l'aval de l'Assemblée nationale, notamment d'accroître les pouvoirs de cette fonction en vue de piloter le régime, le surveiller, d'intervenir auprès du Réseau et, au besoin, auprès de la ministre.

Cet avis inclut aussi les résultats d'une entente conclue formellement avec le Collège des médecins du Québec et l'Association des Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens relativement à l'examen des plaintes médicales. Jusqu'à maintenant, toutes les plaintes qui mettaient en cause un acte médical, dentaire ou pharmaceutique échappaient à l'application du régime et étaient acheminées au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. En vertu de cette entente, avec la collaboration du corps médical, ces plaintes seront traitées dorénavant avec plus de transparence, et dans des délais circonscrits. L'entente prévoit un mécanisme d'appel.

Convaincue que la réduction des délais de traitement s'inscrit dans une philosophie de qualité des services, la Commissaire n'a ménagé aucun effort pour accroître ses effectifs et ainsi répondre au volume croissant de plaintes acheminées. Certes, sa présence dans les régions, les contacts établis avec plusieurs organismes liés à la santé et aux services sociaux, sa visibilité dans de nombreux forums et médias pour faire connaître et promouvoir la philosophie du Régime des plaintes, apportent sans doute une explication à la forte augmentation de plaintes reçues. Cette évolution des plaintes sera détaillée dans le rapport annuel déposé.

Par ailleurs, pour la Commissaire, l'objectif fondamental demeure de renforcer la responsabilité des établissements à interroger leurs pratiques, à en dépister les effets pervers sur les personnes, à rendre compte de la qualité de leurs services et à viser la plus grande satisfaction de leur clientèle. Ce qui importe n'est pas tant le nombre élevé de plaintes reçues que la capacité d'en régler la très grande majorité au premier palier et à la satisfaction des personnes en cause. Ce n'est qu'à cette condition que les partenaires du réseau et du régime pourront témoigner d'une philosophie de la satisfaction et de l'amélioration continue de la qualité des services à partir du point de vue des personnes utilisatrices.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

Créé en novembre 1990, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie qui, depuis sa création, était rattaché au Conseil exécutif, relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux depuis le 1er avril 1995.

Le CPLT a notamment pour rôle d'analyser la situation générale qui existe au Québec dans ce domaine, de dégager l'évolution des déterminants et des méfaits, de cerner les nouveaux problèmes et de préciser les interventions nécessaires pour les résoudre. Il conseille la ministre sur les orientations qui doivent être retenues par le Ministère et les autres partenaires touchés par la santé publique et propose des priorités d'action ou des domaines d'intervention. En outre, le CPLT détermine les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions liées à la toxicomanie.

Étant donné que la toxicomanie constitue une problématique à multiples facettes, qui a par le fait même des conséquences de toute nature, les études du CPLT sont diversifiées; elles portent sur des thèmes variés et elles tentent de fournir un éclairage le plus complet possible sur les sujets les plus d'actualité et les plus préoccupants.

Au cours de la dernière année, le CPLT a mené une dizaine d'études mettant en cause différents aspects de la toxicomanie dont les résultats ont été acheminés aux intervenantes et aux intervenants ainsi qu'aux instances en la matière.

Par ailleurs, le CPLT a intensifié son rôle de catalyseur dans les discussions et les actions touchant son domaine d'intervention. Soucieux de contribuer à fournir à tous ceux et celles qui travaillent en toxicomanie des lieux et des occasions de partager leur expérience, le CPLT a organisé et animé un certain nombre de rencontres avec différents groupes de personnes clés sur divers aspects liés à la toxicomanie. Le comité vise ainsi à animer le milieu, à créer des ponts, à encourager le partenariat, à enrichir les connaissances à partir d'une collecte de données qualitatives complémentaires aux données de recherche et, enfin, à servir de lien entre les gens qui s'investissent sur le terrain, la ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse.

M^me^ Louise Nadeau assume la présidence du CPLT et M^me^ Jocelyne Forget, la direction générale.

Le CPLT remet un rapport d'activités aux ministres visés.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'Institut national de santé publique du Québec est une personne morale, mandataire de l'État. Il est constitué en vertu de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (1998, chapitre 42) sanctionnée le 20 juin 1998 et mise en vigueur le 8 octobre de cette même année. L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission de soutenir la ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales instituées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

Il a notamment pour mission :

— de contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique;

— d'informer la ministre des effets des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec;

— d'informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes;

— de collaborer avec les universités à la préparation et à la mise à jour des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles dans le domaine de la santé publique;

— de concevoir et de mettre en application, en collaboration avec les universités et les ordres professionnels en cause, des programmes de formation en santé publique;

— de développer et de favoriser la recherche en santé publique, en collaboration avec les différents organismes de recherche et les organismes offrant des subventions;

— d'établir les liens avec diverses organisations, à l'échelle canadienne et internationale, de manière à favoriser la coopération et l'échange de connaissances;

— d'exercer tout autre mandat d'expertise en santé publique que lui confie la ministre.

L'Institut administre le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec qui offrent, respectivement, des services de laboratoire spécialisés en microbiologie et en toxicologie. Il administre également le Service provincial de dépistage par laboratoire et le Centre antipoison dont le mandat principal est, pour le premier, de fournir des services de dépistage audiologiques et radiologiques, et pour le second, une expertise dans le domaine des intoxications. Enfin, l'Institut administre tout autre laboratoire pourvu d'une mission de santé publique de portée nationale, dont la ministre lui confie la gestion.

Monsieur Louis-E. Bernard assume la présidence de cet organisme.

L'Institut national de santé publique du Québec produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Annexe II
Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, M-19.2

Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale;

Règlement d'application du Protocole d'entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française relatif à la protection sociale des étudiants et des participants à la coopération;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République hellénique;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Portugal;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République de Finlande;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume de Norvège;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume du Danemark;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de Norvège;

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, C-56.3

Loi sur le Conseil médical du Québec, C-59.0001

Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2

Règlement sur l'accessibilité aux postes, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance et des mesures de stabilisation d'emploi applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Décret concernant le remboursement des dépenses des membres d'une assemblée régionale et des membres du conseil d'administration d'une régie régionale et d'un établissement public;

Règlement sur le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

Règlement sur la formation de comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

Règlement sur les conditions de travail des biochimistes cliniques exerçant pour les établissements qui exploitent un centre hospitalier;

Règlement sur le congé de préretraite et sur l'indemnité de retraite applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur l'évaluation des besoins d'une personne violentée qui demande un hébergement d'urgence;

Règlement sur les règles d'usage de l'avoir propre des établissements et sur les dons, legs et subventions;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur le régime de retraite progressive et la politique de gestion applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la procédure d'élection à l'occasion de l'assemblée publique tenue par un établissement public;

Règlement sur la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des régies régionales;

Règlement sur la procédure d'élection des membres des conseils d'administration des établissements du territoire de la Régie régionale du Nunavick;

Règlement sur la procédure de nomination des membres du conseil d'administration de la Régie régionale du Nunavick;

Règlement sur la sélection, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance, les mesures de stabilité d'emploi, les mesures de fin d'engagement et les recours applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur les régimes collectifs d'assurance et les modalités d'application du régime de congé à traitement différé applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des directeurs de la santé publique;

Classification des services dispensés par les ressources de type familial et des taux de rétribution applicables pour chaque type de services;

Règlement sur le congédiement, le non-rengagement, la résiliation d'engagement, la suspension sans solde, la rétrogradation et l'indemnité de départ applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la location d'immeubles par les établissements publics et les régies régionales;

Règlement sur la détermination des examens de dépistage exigés lors de l'admission ou de l'inscription de certains usagers.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, S-5

Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des conseils régionaux et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur les locations d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux;

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;

Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement;

Règlement sur la nomination et sur la rémunération des directeurs des services professionnels;

Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique;

Arrêté de la ministre de la Santé et des Services sociaux déterminant la forme et le contenu minimum des contrats de services d'ambulance.

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, P-16.1

Règlement de régie interne du comité d'admission à la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes;

Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes;

Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux;

Règlement de régie interne du Conseil d'évaluation des projets-pilotes.

Loi sur l'assurance-maladie, A-29

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie;

Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé;

Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession;

Règlement sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives;

Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie.

Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, R-5

Règlement sur les cotisations au régime d'assurance-maladie du Québec;

Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

Règlement sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance-maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication.

Loi sur l'assurance-médicaments, A-29.01

Liste des médicaments;

Règlement sur le régime général d'assurance-médicaments;

Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments.

Loi sur la protection de la jeunesse, P-34.1

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant;

Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption d'un enfant;

Règlement sur l'adoption internationale;

Arrêté ministériel sur les conditions de l'agrément d'un organisme chargé d'effectuer pour l'adoptant ses démarches d'adoption d'un enfant domicilié hors du Québec;

Programme de mesures de rechange autorisé par la ministre de la Justice et la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, (1997, chapitre 75)

Loi sur la protection de la santé publique, P-35

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique;

Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux de transport par ambulance.

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, E-20.1

Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec;

Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec;

Règlement visant à favoriser l'embauchage de personnes handicapées;

Règlement sur les centres de travail adapté et l'intégration professionnelle;

Règlement sur les vignettes amovibles délivrées aux personnes handicapées.

Loi sur l'assurance-hospitalisation, A-28

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, P-38.01

Loi sur le tabac (1998, chapitre 33)

Loi sur les inhumations et les exhumations, I-11

Loi sur les cimetières non catholiques, C-17

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux, M-1.1

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (1998, chapitre 42)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (1998, chapitre 41)

Loi sur les sages-femmes (1999, chapitre 24)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (1999, chapitre 34)

Loi concernant le mandat des administrateurs de certains établissements publics de santé et de services sociaux (1999, chapitre 54)

Annexe III
Ministère de la Santé et des Services sociaux

La gestion ministérielle des ressources humaines

Au 31 mars 2000, pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on compte 660 postes occupés, répartis comme suit :

Postes occupés au MSSS par direction générale, selon le sexe, au 31 mars 2000

Direction générale	Hors cadres et cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		PBA et ouvriers		Total		Total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	général
Direction supérieure	3	0	0	0	17	10	4	8	3	19	27	37	64
Affaires médicales et universitaires	3	0	0	0	14	11	0	0	0	10	17	21	38
Planification et évaluation	3	2	0	0	32	18	1	2	1	9	37	31	68
Services à la population	4	2	0	0	25	23	0	1	0	17	29	43	72
Santé publique	1	4	0	0	14	20	0	1	1	18	16	43	59
Secrétariat adoption internationale	0	0	0	0	0	6	0	1	0	4	0	11	11
Politiques de main-d'œuvre	4	2	0	0	24	10	2	3	1	12	31	27	58
Institut national de santé publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Affaires ministérielles et extraministérielles	3	1	1	0	13	9	3	5	7	22	27	37	64
Budget, investissements et technologie de l'information	12	1	0	0	83	21	8	24	4	43	107	89	196
Sous-total MSSS	**33**	**12**	**1**	**0**	**222**	**128**	**18**	**45**	**17**	**154**	**291**	**339**	**630**
Conseil consultatif de pharmacologie	1	0	0	0	4	2	0	0	1	2	6	4	10
Commissaire aux plaintes	0	1	0	0	2	3	0	2	0	0	2	6	8
Conseil médical du Québec	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	4	4
Conseil de la santé et du bien-être	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	2	3	5
Secrétariat du Comité de la santé mentale	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2
Sous-total des conseils	**1**	**2**	**0**	**0**	**8**	**8**	**1**	**5**	**1**	**4**	**11**	**19**	**30**
Total général	**34**	**14**	**1**	**0**	**230**	**136**	**19**	**50**	**18**	**158**	**302**	**358**	**660**
Pourcentage (%)	**71**	**29**	**100**	**00**	**63**	**37**	**28**	**72**	**10**	**90**	**46**	**54**	**100**

Au cours de l'année 1999-2000, le Ministère a enregistré 75 affectations, 69 entrées en fonctions et 68 départs. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années :

Nominations et départs pendant les années financières 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000

Mouvements	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Affectations	91	97	68	53	75
Nominations	3	0	2	5	16
Mutations depuis un autre ministère	9	15	15	26	53
Total des entrées en fonction	12	15	17	31	69
Mutations vers un autre ministère	15	14	32	37	42
Transferts (régies, institut, organisme)	0	0	1	0	7
Démissions	2	1	0	2	4
Retraites	46	93	85	10	13
Congédiements	1	0	0	0	1
Décès	2	3	1	2	1
Total des départs	66	111	119	51	68

Annexe IV
Secrétariat au loisir et au sport

Le 21 décembre 1999, monsieur Gilles Baril a été nommé ministre responsable du loisir, du sport et du plein air. Compte tenu que le budget de ce Secrétariat était assumé par le ministère de l'Éducation jusqu'au 31 mars 2000, le rapport d'activité pour l'année 1999-2000 sera intégré à ce ministère.

Annexe V

Évolution du nombre et des montants des subventions de recherche (dollars constants de 1996) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1998

Objectifs de la PSBE	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$
D'ici l'an 2002, diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes	19	478 569	9	339 136	18	1 198 921	24	1 351 441	27	969 762	28	1 007 829	23	910 812
D'ici l'an 2002, réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes	12	328 333	26	588 261	28	925 767	18	664 088	25	756 417	25	804 472	15	621 444
D'ici l'an 2002, diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance	6	281 569	6	177 504	3	93 979	4	115 218	8	244 586	11	375 334	7	170 076
D'ici l'an 2002, diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial	3	18 318	7	149 503	10	362 585	8	186 064	11	317 457	10	338 369	12	584 397
D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des personnes itinérantes	1	10 645	4	100 064	4	286 415	7	253 241	9	351 197	4	218 398	2	165 060
D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool, de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais											25	1 079 763	21	753 650
D'ici l'an 2002, réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques	3	57 967	6	285 847	7	254 880	9	273 532	5	111 654	6	95 854	2	21 455
D'ici l'an 2002, réduire de 30 % la mortalité par maladie cardio-vasculaire	15	424 288	13	558 030	9	518 205	6	334 559	5	70 244	5	104 767	4	81 387
D'ici l'an 2002, stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein	8	307 381	7	194 527	7	224 482	3	327 664	5	646 560	1	77 555		
D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives	51	3 315 969	53	3 053 909	55	1 897 976	33	792 966	20	577 112	25	1 152 176	9	252 101
D'ici l'an 2002, réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes	14	1 127 649	20	1 563 386	19	609 472	15	390 529	10	445 495	4	310 689	3	

Évolution du nombre et des montants des subventions de recherche (dollars constants de 1996) selon les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), Québec, 1992-1998 *(suite)*

Objectifs de la PSBE	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$	N	$
D'ici l'an 2002, réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire	13	497 383	12	390 816	13	493 135	8	436 058	3	168 742	2	134 158	1	
D'ici l'an 2002, réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications, et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques	21	1 071 226	31	2 475 812	30	2 457 819	31	1 863 708	18	841 420	16	647 091	7	375 828
D'ici l'an 2002, éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'hoemophilus influenza (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année									2	41 515	4	7 910	3	47 465
D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants le 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans	1	11 658					1	7 787	2	10 364	3	49 173	1	7 269
D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale	21	432 685	39	1 316 735	36	1 566 505	27	1 297 115	25	1 143 709	24	1 069 860	31	1 219 277
D'ici l'an 2002, réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide	4	149 082	2	30 681	3	41 984	4	36 988	6	80 981	5	223 436	8	338 956
D'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	29	634 995	21	525 548	27	1 015 933	27	1 036 769	23	990 268	25	1 376 984	13	749 955
D'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités	4	69 696	27	139 863	14	572 891	17	1 091 247	12	762 412	11	880 365	12	1 049 572

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), Service de la recherche, mai 2000; les données de 1998 sont provisoires.